

SEGUIMENTO DE GESTANTE COM SÍFILIS

Nome da gestante:

DN: ___/___/___

Unidade responsável:

Data do primeiro teste treponêmico (teste rápido ou FTA Abs): ___/___/___

VDRL inicial:

Data do primeiro teste não treponêmico: ___/___/___

Classificação clínica da sífilis: () Primária; () Secundária; () Latente; () Terciária.

Tratamento:

Data do tratamento: 1ª dose: ___/___/___ 2ª dose: ___/___/___ 3ª dose: ___/___/___

Seguimento	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês
VDRL									
Data									

Observações importante _____

Responsável pelo preenchimento: _____