



Ficha de Investigação Toxoplasmose Congênita CID- P 37-1 SINAN:

Caso suspeito:

- Criança sintomática ou não cuja mãe apresentou toxoplasmose no curso da gestação;
- Criança que nasce com sinais e sintomas da doença (clínica compatível para toxoplasmose) e IgG anti.T gondii reagente;

Caso confirmado- criança sintomática ou não que apresente pelo menos uma das situações abaixo:

- IgM ou IgA reagente após uma semana de vida;
- níveis séricos de IgG persistentemente elevados ou em ascensão;
- criança onde se confirmou a presença de *T. gondii* em tecido placentário ou fetal em
- cultivo de tecido ou bioensaio;
- criança cuja mãe apresentou PCR positiva no líquido amniótico.

1-UF: **2-Município de Notificação:**

3-Unidade Notificadora:

4-Data da Notificação : ___/___/___

Notificação Individual

5-Nome do Paciente: _____

6-Data de Nascimento: ___/___/___ **7- Sexo ()** 1-masculino 2-feminino 9-ignorado

8-Cor: () 1-branco 2-preto 3- amarelo 4- pardo 5- indígena 9-ignorado

9-Natimorto () 1- sim 2- não 9- ignorado

10-Local de Nascimento: _____

11-Nome da Mãe: _____

Dados da Residência:

12-Endereço _____

13-CEP _____ **14-Telefone ()**

15-Dados Laboratoriais

Data 1ª coleta ___/___/___ Resultados () IgM Elisa (_____) () IgG Elisa (_____) IgA (_____)
() IgM Imunofluorescencia (_____) () IgG Imunofluorescencia (_____)
() IgM Quimiofluorescencia (_____) () IgG Quimiofluorescencia (_____)

Data 2ª coleta ___/___/___ Resultados () IgM Elisa (_____) () IgG Elisa (_____) IgA (_____)
() IgM Imunofluorescencia (_____) () IgG Imunofluorescencia (_____)
() IgM Quimiofluorescencia (_____) () IgG Quimiofluorescencia (_____)

Data 3ª coleta ___/___/___ Resultados () IgM Elisa (_____) () IgG Elisa (_____) IgA (_____)
() IgM Imunofluorescencia (_____) () IgG Imunofluorescencia (_____)
() IgM Quimiofluorescencia (_____) () IgG Quimiofluorescencia (_____)

1. Reagente 2- Não Reagente 3- Indeterminado 9- Ignorado

16- Sorologia com 12 meses de vida: () IgM () IgG 1- reagente 2- não reagente 3- indeterminado 9- ignorado

17-Esquema de Tratamento

() Sulfadiazina, Pirimetamina, Ácido Fólico 1- sim 2- não 9- Ignorado

18-Data de Início de Tratamento ___/___/___



19-Data do Final de Tratamento ___/___/___

20-Manifestações Clínicas no 1º ano de vida 1- sim 2- não 9- ignorado

() adenomegalia () hepatomegalia () esplenomegalia () icterícia colestática () convulsão

() déficit motor () microcefalia () macrocefalia () déficit auditivo () Atraso no DNPM

21-Exame Oftalmológico até 30 dias 1- sim 2- não 9- ignorado

() normal

() alterado → () coriorretinite direita () uveíte () catarata

() coriorretinite esquerda () microftalmia () outro ___

22-Exame Oftalmológico 1º ao 12º mês de vida 1- sim 2- não 9- ignorado

() normal

() alterado → () coriorretinite direita () uveíte () catarata

() coriorretinite esquerda () microftalmia () outro _____

Exame de Imagem no SNC no 1º ano de vida

23-Raio X crânio () Realizado → () normal () hidrocefalia () calcificações

() Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

24-Tomografia/USG de crânio () Realizado → () normal () hidrocefalia () calcificações

() Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

25-Exame de LCR () Realizado → () normal () alterado

() Não Realizado 1- sim 2- não 9- ignorado

Investigador : _____

Exclusivo para Preenchimento Pela Vigilância

26-Classificação Final () 1- Confirmado 2- Descartado 9- Ignorado

27-Critério de Confirmação/Descarte () 1- Laboratorial 2- Clínico/Epidemiológico 3- Clínico 4- Sorologia inconclusiva

28-Evolução () 1- Cura sem sequelas 2- Cura com sequelas 3- Óbito pela Doença 4- Óbito por outras causas 9- ignorado

29-Se cura com sequelas, qual tipo () ocular () auditiva () neurológica 1- sim 2- não 9- ignorado

Data do Encerramento: ___/___/___

Profissional da Vigilância: _____



PREFEITURA DE
APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE

