

SÍFILIS CONGÊNITA
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO – SINAN_NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

- N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.
- CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
 2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
 3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
 4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
 6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
 13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
 14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
 15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
 16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
 17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da Mãe e da Criança

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA GESTANTE/MÃE:

31. Informar a idade da mãe em anos.
32. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela mãe: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia ou 9= ignorado).
33. Informar a atividade exercida pela mãe do paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando a mãe for desempregada. O ramo de atividade econômica da mãe refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
34. Preencher com a série e grau que a mãe do paciente está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução da mãe do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica).
35. Informar se a gestante fez o pré-natal nesta gestação (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
36. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do município de realização do pré-natal.
37. Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
38. Preencher com o nome da unidade de saúde onde a gestante realizou o pré-natal ou código correspondente.

39. Informar se o diagnóstico da sífilis na mãe foi estabelecido (1-Durante o pré-natal; 2-No momento do parto/curetagem; 3- Após o parto; 4-Não foi realizado, 9-Ignorado).

DADOS LABORATORIAIS DA GESTANTE/MÃE:

40. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);
41. Informar a titulação do VDRL/RPR.
42. Informar a data de realização do teste.
43. FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores de 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

TRATAMENTO DA GESTANTE/MÃE:

44. Esquema de Tratamento da mãe:
- Esquema de Tratamento Adequado:**
. É todo tratamento completo, com penicilina e adequado instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.
- Esquema de Tratamento Inadequado:**
- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
 - tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
 - tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
 - a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
 - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
 - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.
45. Anotar a data do início do tratamento materno. Ex: 06/06/2007
46. Informar se o tratamento do(s) parceiro(s) foi (ram) realizado(s) no mesmo período que o tratamento da gestante (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA:

47. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do nascimento, aborto ou óbito da criança.
48. Informar o nome do município de nascimento, aborto ou óbito da criança (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
49. Informar o nome da Instituição de saúde onde a criança nasceu, ou ocorreu o aborto ou o óbito (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

DADOS DO LABORATÓRIO DA CRIANÇA:

50. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);
51. Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 50=1
52. Informar a data da realização do teste.
53. Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar – **Não se aplica** – quando a idade da criança for menor que 18 meses. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
54. Informar a data da realização do teste.
55. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);
56. Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).
57. Informar a data da realização do teste.
58. Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses) (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado).

59. Evidência de **T. pallidum** – Registrar a identificação do **Treponema pallidum** por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.
60. Alteração liquoríca - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado).
61. Informar se houve alteração de ossos longos na criança compatível com sífilis congênita (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado).

DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA:

62. Refere-se ao diagnóstico clínico da criança. Informar - **Não se aplica** – por ex. quando aborto ou natimorto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
63. Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita – Diretrizes para o Controle, 2005. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

TRATAMENTO DA CRIANÇA:

64. Informar o esquema de tratamento prescrito para a sífilis congênita instituído ao paciente. Caso o tratamento prescrito seja diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde, seja em relação a droga utilizada ou posologia, anotar no espaço indicado.
Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita – Diretrizes para o Controle, 2005. Home page: www.aids.gov.br. Série Manuais nº 62 – PN-DST/AIDS

EVOLUÇÃO

65. Informar a evolução do caso de sífilis congênita: **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.
Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.
Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.
66. Preencher com a data de ocorrência do óbito. Ex. 06/08/2007.