

TOCANTINS  
GOVERNO DO ESTADO**CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO E ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº da notificação: \_\_\_\_\_ Data da notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Município do tratamento: \_\_\_\_\_

**Resultados dos exames:**

Data do 1º TR reagente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade Gestacional (IG): \_\_\_\_ semanas Data do

1º VDRL reagente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Titulação: 1/\_\_\_\_

Data Provável do Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Esquema de tratamento:** Penicilina Benzatina (7.200.000 UI):                    **SIM** ( )    **NÃO** ( )**Obs:** Tratamento preconizado conforme Nota Técnica nº 04/2019/SES/SVS. Administrar Penicilina G Benzatina, Intramuscular (IM) semanal, por 03 semanas, sendo 1.200.000 UI em cada glúteo, dose total: 7.200.000 UI.

Data aplicação Penicilina Benzatina	Gestante	Assinatura	Parceiro	Assinatura
1ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
2ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
3ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	

**Nota:** Só deixar em branco se o parceiro não realizar o tratamento.**PARCEIRO:**

Fez sorologia? ( ) Sim                    ( ) Não

TR            ( ) Reagente ( ) Não Reagente            ( ) Não Realizado

VDRL        ( ) Reagente ( ) Não Reagente            ( ) Não Realizado

FTA-Abs    ( ) Reagente ( ) Não Reagente            ( ) Não Realizado

**VDRL DE SEGUIMENTO PARA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA DURANTE O PRÉ-NATAL**

DATA VDRL	IG Titulação VDRL	DATA VDRL	IG Titulação VDRL	RETRATAMENTO	
				Gestante	Assinatura
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	1ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	2ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____			3ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	
<b>RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS</b> - É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de <b>diminuição da titulação em 2 diluições</b> dos testes não treponêmicos em <b>3 meses</b> , ou de <b>4 diluições em 6 meses</b> após a conclusão do tratamento (ex: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16 ou em seis meses 1:4).					

**RETRATAMENTO: Aumento da titulação em duas diluições** (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; ou **Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis** em qualquer momento do seguimento.

**Data do encaminhamento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura / Carimbo**

**Fonte:** 1.BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017** – DIAHV/SVS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita; 2.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília – DF, 2018; 3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF, 2019. 3.TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 4/2019/SES/SVS Condutas recomendadas aos profissionais da rede de atenção para manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis).**

Adaptado: Instrumento de seguimento de criança diagnosticada com sífilis congênita ou exposta à sífilis de Fortaleza-CE