



CARTÃO DE SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS

Nome da criança: _____ Data do Nascimento ____/____/____ Nome da mãe: _____

Local do Parto: _____ Unidade de Saúde para

acompanhamento: _____

Criança Exposta Sífilis Congênita (Nº Sinan: _____)

Exames do RN realizados na maternidade

VDRL ao nascer		Líquor		Raio X	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Resultado:	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	Resultado:	<input type="checkbox"/> Com Alteração <input type="checkbox"/> Sem Alteração
Titulação 1: _____		Titulação Líquor 1: _____			
Leucócitos: ____/Proteínas: ____					
Tratamento: _____					

Exames da mãe

ANTES DO PARTO				MOMENTO DO PARTO			
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Teste Rápido:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	Teste Rápido:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente
	<input type="checkbox"/> Reagente		<input type="checkbox"/> Reagente		<input type="checkbox"/> Reagente		<input type="checkbox"/> Reagente
		Titulação 1: _____				Titulação 1: _____	

Seguimento da criança com Sífilis Congênita ou exposta a Sífilis

1. Realizar VDRL quantitativo

	DATA VDRL	Titulação VDRL	Conduta	Assinatura CRM
1º mês		1: ____		
3º mês		1: ____		
6º mês		1: ____		
12º mês		1: ____		
18º mês		1: ____		

2. Líquor reagente ao nascer repetir a cada 06 meses até normalização (Em casos de Sífilis Congênita)

	DATA VDRL	Titulação VDRL	Conduta	Assinatura CRM
1º mês		1: ____		
3º mês		1: ____		
6º mês		1: ____		
12º mês		1: ____		
18º mês		1: ____		

3. Outros exames necessários:

24° Mês

18° Mês

12° Mês

6° Mês

1° Mês

EXAMES	DATA	RESULTADO	CONDUTA	ASSINATURA CRM
Oftalmológico Neurológico Audiológico				
Oftalmológico Neurológico Audiológico				
Oftalmológico Neurológico Audiológico				

