

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



104 Norte, AV. LO 02, Conj. 01, Lotes 20/30. Edifício Lauro
Knop. Palmas – Tocantins – CEP: 77.006-022
Tel.: +55 63 3218-6915
www.to.gov.br/saude

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SIFÍLIS

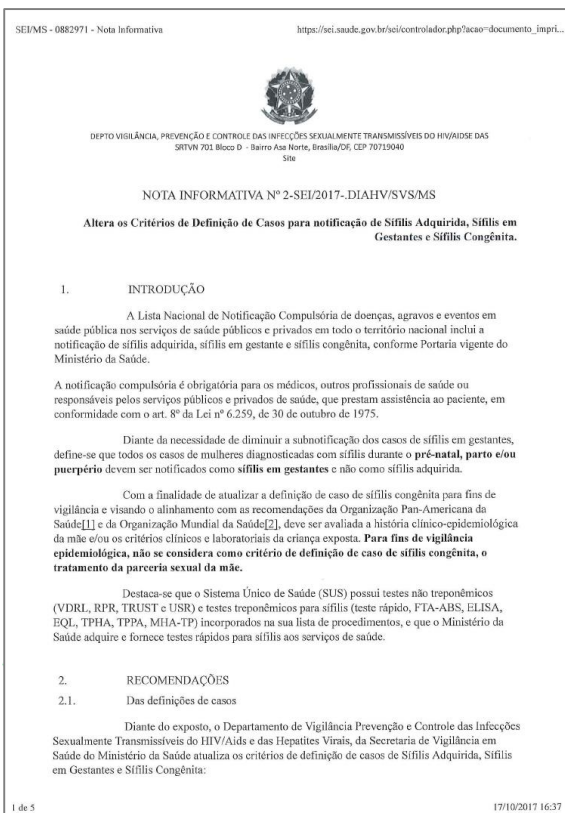


Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vig. das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
Gerência de Doenças Transmissíveis
Área Técnica de IST/Aids e Hepatites Virais



Atualização da Definição de Casos - 2017

Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita



NOTA INFORMATIVA Nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS

- Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita
- Alinhamento com as recomendações da Opas e OMS



Definições atualizadas



Menos subnotificação



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde





Sífilis adquirida



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Sífilis adquirida – Definição de Caso

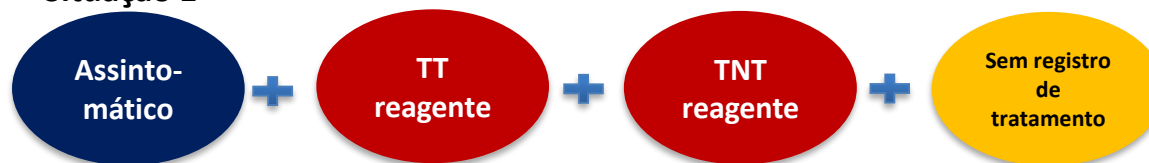
Situação 1

- ✓ Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente E sem registro de tratamento prévio.

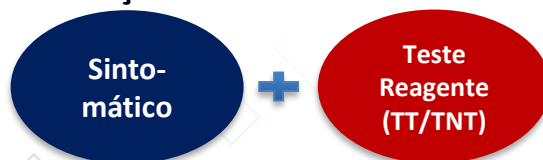
Situação 2

- ✓ Indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação).

✓ Situação 1



✓ Situação 2



Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Menor 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	14 Escolaridade 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo gírio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo gírio 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 10 - Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
Conclusão	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
	Local Provável da Fonte de Infecção 34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado						
	35 UF		36 País				
Conclusão	37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito		39 Bairro
	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
	42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento				
Informações complementares e observações							
Observações adicionais							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unit. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005		

Ficha de Notificação/Conclusão

Essa ficha não é específica para a sífilis adquirida, mas é a ficha utilizada nesse momento para a notificação dos casos.





Sífilis em gestante, parturiente ou puérpera



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Sífilis em gestante, parturiente ou puérpera - Definição de caso

Situação 1

- ✓ Mulher assintomática para sífilis que, durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério**, apresente **pelo menos** um teste reagente - treponemico **OU** não treponemico com qualquer titulação - **E sem registro de tratamento prévio.**

Situação 2

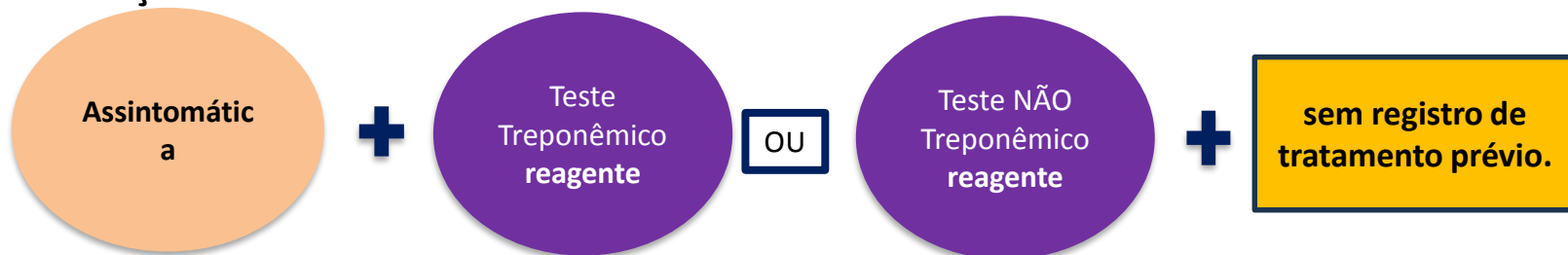
- ✓ Mulher sintomática para sífilis que, durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério**, apresente pelo menos um teste reagente - treponemico **OU** não treponemico com qualquer titulação.

Situação 3

- ✓ Mulher que, durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério**, apresente teste não treponemico reagente com qualquer titulação **E** teste treponemico reagente, **independentemente de sintomatologia da sífilis E sem registro de tratamento prévio***.



✓ Situação 1



✓ Situação 2



✓ Situação 3



Importante

- ✓ *Casos confirmados de “cicatriz sorológica” **NÃO** devem ser notificados.
- ✓ “**Cicatriz sorológica**” é definida como a persistência de resultados reagentes em testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos após o tratamento anterior documentado, adequado para a classificação clínica da sífilis, com queda previa da titulação em pelo menos duas diluições e descartada a possibilidade de reinfecção no período analisado.

1. Registro de tratamento prévio **adequado e documentado**

E

2. Investigação de novas exposições para descartar reinfecção



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Definição de caso:
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.
Situação 2 - Mulher sintomática¹ para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.
 a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/evs e www.aids.gov.br/podt.
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.
 * Casos confirmados de icatritz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/enferma **SÍFILIS EM GESTANTE** Código (CID10) 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Gestante 13 Raça/Cor

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação

32 UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) 34 Unidade de realização do pré-natal: Código

35 Nº da Gestante no SISPRENATAL 36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais

37 Resultado dos Exames 38 Título 39 Data

37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado

40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Tratamento

41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Ant. qtd. notificação da parceira sexual

43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

Ant. qtd. notificação da parceira sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro ☐

1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
 2 - Parceiro não foi comunicado/convidado à US para tratamento.
 3 - Parceiro foi comunicado/convidado à US para tratamento, mas não compareceu.
 4 - Parceiro foi comunicado/convidado à US mas recusou o tratamento.
 5 - Parceiro com sorologia não reagente.
 6 - Outro motivo: _____

Assinatura

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

Ficha de Notificação

Sífilis em Gestante, Parturiente ou Puérpera



Esclarecimentos na Vigilância da Sífilis em Gestantes

- ✓ **Todos** os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o **pré-natal, parto e puerpério** devem ser notificadas na **ficha de sífilis em gestantes**.
- ✓ Ressalta-se que, na ficha de notificação/investigação de sífilis em gestante, para o preenchimento dos campos 37 a 40, referentes aos resultados dos exames, devem ser consideradas as informações do pré-natal, parto e/ou puerpério.

Resultado dos Exames		38	39
Dados laboratoriais	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	Título 1:	Data
	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		

Importante destacar:

- ✓ A notificação da gestante com sífilis **deve** ser realizada **durante o pré-natal**;
- ✓ O **número do Sinan** da notificação da gestante com sífilis, realizada durante o pré-natal, deve ser registrado na **caderneta da gestante**, para evitar duplicidade de casos;
- ✓ Orientar a gestante para levar sua caderneta à maternidade, na admissão para o parto.





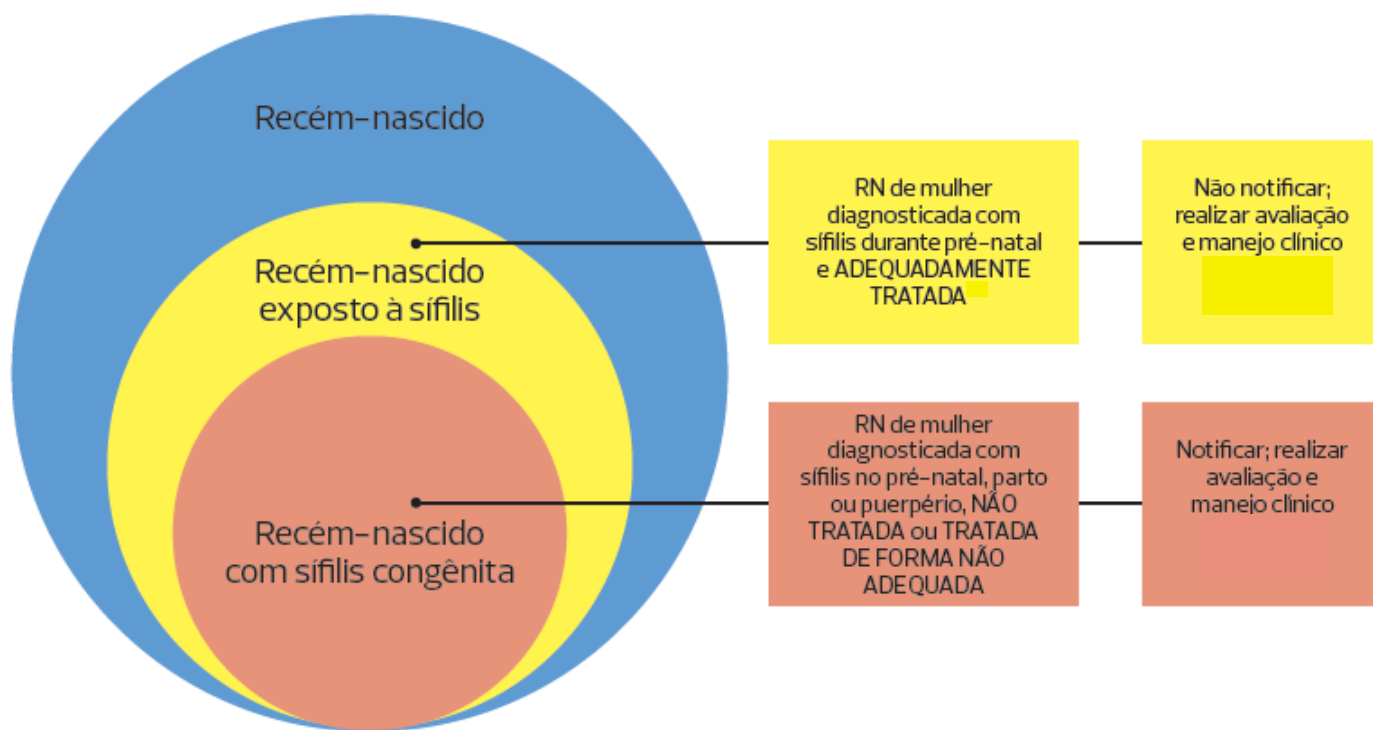
Sífilis Congênita



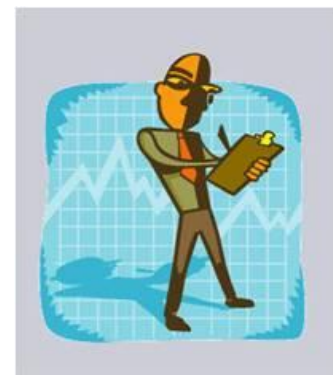
TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Sífilis congênita – Vigilância epidemiológica



Quem notificar?



Fonte: DCCI/SVS/MS.



Sífilis Congênita – Definição de Caso

✓ Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada*.



Uso de penicilina benzatina



Início até 30 dias antes do parto



Tratamento completo e adequado ao estágio clínico da doença



Intervalo entre as doses (7 dias)

****Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.**

Sífilis Congênita – Definição de Caso

✓ Situação 2*

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita **E** teste não treponêmico reagente;
- Títulos de testes não treponêmicos do lactente maiores que os da mãe, em pelo menos 2 diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos 2 diluições no seguimento da criança exposta; (Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade)
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situações de seguimento terapêutico;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

*Casos classificados pela Situação 2 - sempre afastar a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual.

Fonte: Guia de vigilância 2023



Sífilis Congênita – Definição de Caso

✓ Situação 3

Evidência microbiológica* de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

* Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).



Sífilis Congênita – Definição de Caso

República Federativa do Brasil SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
Ministério da Saúde FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA Nº

Definição de caso:
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}.
a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).
b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.
c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.
Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:
- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^e;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.
e Nessa situação, deve-se sempre atestar a possibilidade de sífilis adquirida e seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.
Situação 3: Evidência microbiológica^f de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.
f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

1 Tipo de Notificação
2 - Individual

2 Agravado(a) **SÍFILIS CONGÊNITA** Código (CID10) **A50.9** **3** Data da Notificação

4 UF **5** Município de Notificação

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código **7** Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente

10 (ou) Idade **11** Sexo **12** Gestante **13** Raça/Cor

14 Escolaridade **15** Número do Cartão SUS **16** Nome da mãe

17 UF **18** Município de Residência Código (IBGE) **19** Distrito

20 Bairro **21** Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número **23** Complemento (apto., casa, ...) **24** Geo campo 1

25 Geo campo 2 **26** Ponto de Referência **27** CEP

28 (DDD) Telefone **29** Zona **30** País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

31 Idade da mãe **32** Raça/Cor da mãe **33** Ocupação da mãe

34 Escolaridade

35 Realizou Pré-Natal nesta gestação **36** UF **37** Município de Realização do Pré-Natal

38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal

39 Diagnóstico de sífilis materna

40 Teste não treponêmico no parto/curetagem **41** Título **42** Data

43 Teste treponêmico no parto/curetagem

44 Esquema de tratamento **45** Data do Início do Tratamento **46** Fator(es) tratado(s) concomitantemente a gestante

Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008

Antecedentes da Criança

47 UF **48** Município de nascimento / aborto / natimorto Código (IBGE) **49** Local de Nascimento (Maternidade/Hospital) Código

50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico **51** Título

52 Data

53 Teste treponêmico (após 18 meses) **54** Data

55 Teste não treponêmico - Líquor **56** Título

57 Data

58 Titulação ascendente **59** Evidência de *Treponema pallidum*

60 Alteração Líquórica **61** Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos

62 Diagnóstico Clínico **63** Presença de sinais e sintomas

64 Esquema de tratamento

65 Evolução do Caso **66** Data do Óbito

Observações Adicionais:

Investigador Município / Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

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.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado a enzima), teste imunológico com revelação quimoluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe.

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

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 ao estágio clínico da sífilis, ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar: Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

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).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

61 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: 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 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008

Ficha de Notificação

Sífilis Congênita



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Sífilis Congênita

✓ Quem notifica (vigilância passiva e ativa):

- i) **Maternidades** (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou a curetagem);
- ii) **Ambulatórios pediátricos** (onde se realiza a puericultura), principalmente para crianças que nasceram de parto domiciliar ou não foram diagnosticadas na maternidade;
- iii) **Vigilância epidemiológica** por meio de busca de casos de óbitos ou natimorto por sífilis no **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)** e casos de sífilis congênita no **Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**.

✓ **Quando notificar** – assim que for feito o diagnóstico de sífilis congênita – geralmente no momento do parto, em qualquer momento durante o seguimento da criança exposta ou diagnóstico de sífilis tardia.



SÍFILIS CONGÊNITA

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico

Mãe com diagnóstico no parto ou após o parto – na ficha de SÍFILIS CONGÊNITA

Dados do Lab. da gestante / mãe	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem		☐	41 Título	42 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		1:			
Trat. da gestante / mãe	43	Teste treponêmico no parto/curetagem		☐		
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					
	44	Esquema de tratamento		☐	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Sífilis Congênita		Sinan.NET		SVS 04/08/2008		

Não preencher



SÍFILIS CONGÊNITA

Dados do Lab. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	41 Título 1:	42 Data
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	SÍFILIS CONGÊNITA 09/01/2008 COREL MR Sinan NET SVS 05/12/2007		

Mãe: Teste não treponêmico no parto/curetagem **reagente** e teste treponêmico **não reagente** –
2º teste treponêmico (com metodologia diferente do 1º) **não reagente**
– **NÃO é caso**
(verificar também erro de digitação)



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Planilha de Acompanhamento e Encaminhamento da Gestante com Sífilis

Resolução – CIB N° 077, de 23 de abril de 2020.



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/____	2ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	____/____/____
____/____/____	sem. 1/____	____/____/____	sem. 1/____	3ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	____/____/____

RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS - É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em 2 diluições dos testes não treponêmicos em 3 meses, ou de 4 diluições em 6 meses 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-DE/2017 – DIANIVIS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante 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 Fontaine-CF



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/____	2ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	____/____/____
____/____/____	sem. 1/____	____/____/____	sem. 1/____	3ª dose (2.400.000 UI) ____/____/____	____/____/____

RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS - É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em 2 diluições dos testes não treponêmicos em 3 meses, ou de 4 diluições em 6 meses 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-DE/2017 – DIANIVIS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante 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 Fontaine-CF

Cartão de Seguimento da Criança com Sífilis Congênita ou Exposta à Sífilis, Resolução – CIB N° 077, de 23 de abril de 2020.

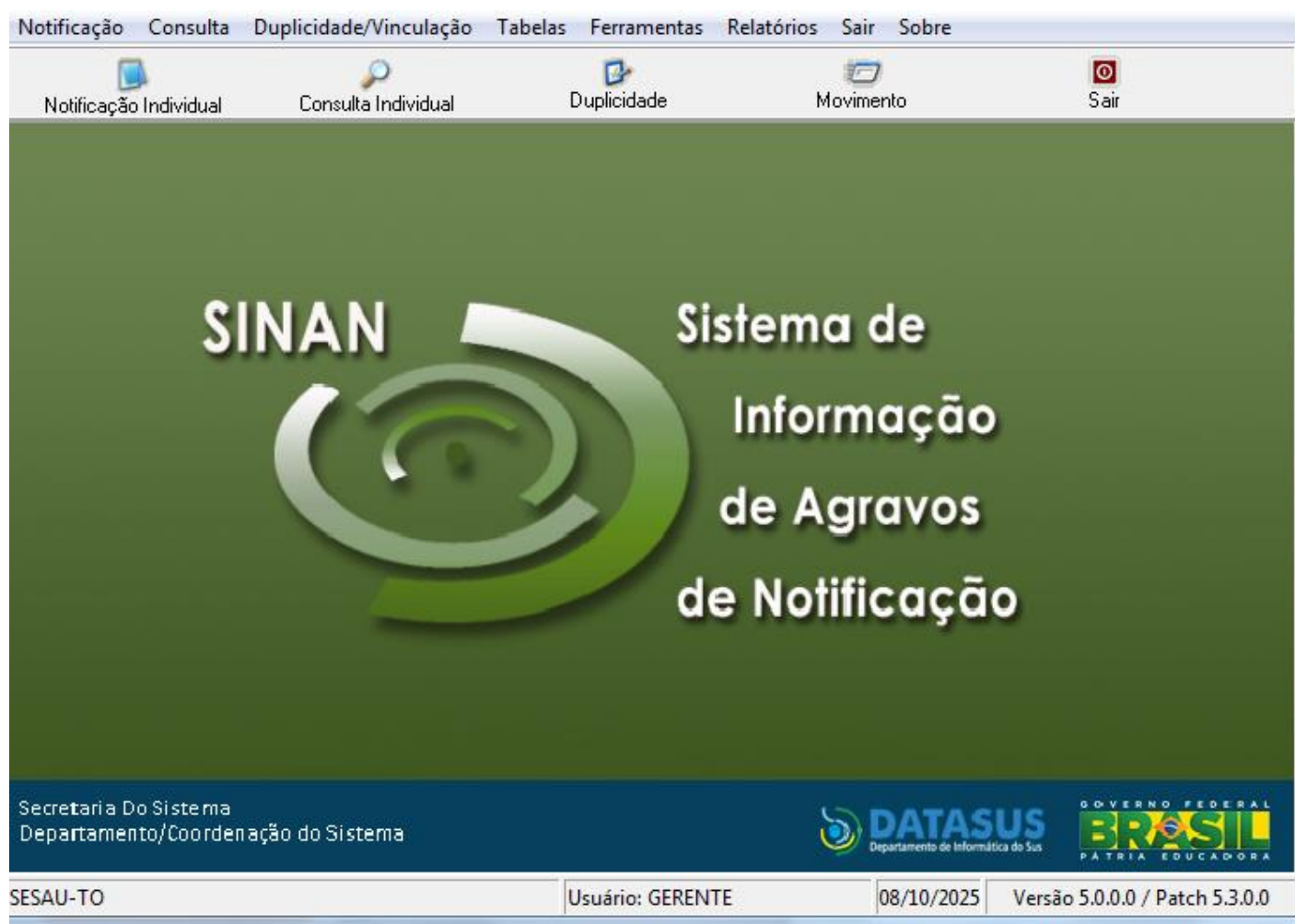
			
CARTÃO DE SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS			
Nome da criança: _____ Data do Nascimento ____/____/____ Nome da mãe: _____ Local do Parto: _____ Unidade de Saúde para acompanhamento: _____ ☐ Criança Exposta ☐ Sífilis Congênita (N° Sinan: _____)			
Exames do RN realizados na maternidade			
VDRL ao nascer Data: ____/____/____ Resultado: ☐ Não Reagente ☐ Reagente Titulação 1: _____	Líquor Data: ____/____/____ VDRL: ☐ Não Reagente ☐ Reagente Titulação Líquor 1: _____ Leucócitos: ____/Proteínas: ____	Raio X Data: ____/____/____ Resultado: ☐ Com Alteração ☐ Sem Alteração	
Tratamento: _____			
Exames da mãe			
ANTES DO PARTO Data: ____/____/____ Teste Rápido: ☐ Não Reagente ☐ Reagente VDRL: ☐ Não Reagente ☐ Reagente Titulação 1: _____	MOMENTO DO PARTO Data: ____/____/____ Teste Rápido: ☐ Não Reagente ☐ Reagente VDRL: ☐ Não Reagente ☐ Reagente Titulação 1: _____		
Seguimento da criança com Sífilis Congênita ou exposta a Sífilis			
1. Realizar VDRL quantitativo			
	DATA VDRL	Titulação VDRL	Conduta
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
1º mês		1: _____	
3º mês		1: _____	
6º mês		1: _____	
12º mês		1: _____	
18º mês		1: _____	

FRENTE

3. Outros exames necessários:					
24º mês	18º mês	12º mês	6º mês	1º mês	
Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	EXAMES
					DATA
					RESULTADO
					CONDUTA
					ASSINATURA CRM



Rotina de Duplicidades



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Alterar Sensibilidade: Nome/Sobrenome + Data de Nascimento + Sexo


Consultar

Notificação

 Não Listar

 Não Contar

Vincular

 Nova Consultoria

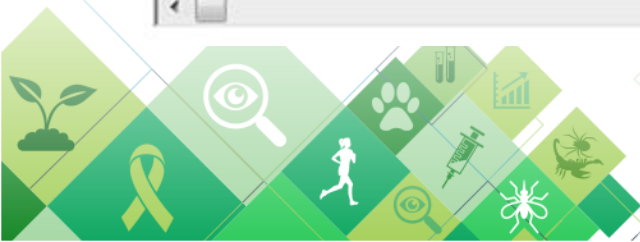
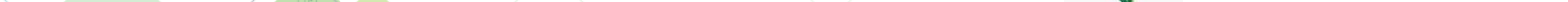


Imprimatur

 Sair

Duplicidade

Cod. Mun. Notificação	Mun. Notificação	Nº Notificação	Data Notificação	Cod. US Notificação	US Notificação	Paciente
-----------------------	------------------	----------------	------------------	---------------------	----------------	----------



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



OBRIGADA!

Área Técnica das IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

HIV/AIDS - aidshiv.to2024@gmail.com

Sífilis - sifilis.ses.to@gmail.com

Hepatites Virais- hepatitesvirais.ses.to@gmail.com

Testes Rápidos - dst.assistencia@gmail.com

Insumos de prevenção - dst.prevencao063@gmail.com

(63) 3027-4454

