



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 013, de 20 de fevereiro de 2020.

Dispõe sobre o “Cartão de acompanhamento e encaminhamento das gestantes com Toxoplasmose” no Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando que, segundo o Manual Técnico para Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde/2010, a gestante ao ser encaminhada para a maternidade de alto risco não deverá perder o vínculo com a atenção básica;

Considerando a Nota Técnica Nº. 01/2018-SES/SVPPS/DVEDTNT/GDT, Manejo clínico e notificação dos casos de toxoplasmose congênita (CID 10 – P37.1);

Considerando a Nota Técnica Nº. 02/2018-SES/SVPPS/DVEDTNT/GDT, Manejo clínico e notificação dos casos de toxoplasmose gestacional (CID 10 – O98.6);

Considerando a Nota Técnica Nº. 163/2018-CGAFME/DAF/SCTIE/MS, Disponibilização dos medicamentos para o tratamento de toxoplasmose e o esquema terapêutico para toxoplasmose gestacional e congênita;

Considerando a Nota Técnica Nº. 249/2018-CGAFME/DAF/SCTIE/MS, Disponibilização dos medicamentos para o tratamento de toxoplasmose e o esquema terapêutico para toxoplasmose gestacional e congênita;

Considerando a apresentação da Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 20 dias do mês de fevereiro do ano de 2020.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o “Cartão de acompanhamento e encaminhamento das gestantes com Toxoplasmose” no Estado do Tocantins, conforme Anexo Único desta.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

ANEXO ÚNICO - RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 013, de 20 de fevereiro de 2020.

Cartão de acompanhamento e encaminhamento das gestantes com Toxoplasmose

Município: _____ N° da Notificação: _____ Data de Atendimento: _____			
Nome do Profissional que realizou o atendimento: _____			
Unidade de Saúde: _____		Telefone da Unidade: () _____	
Telefone Celular do profissional: () _____			
Nome da gestante: _____ DN: ____/____/____ Idade: ____ G ____ P ____ (N/C) A ____			
CNS (Cartão do SUS) n° _____		Município de Residência: _____	
Nome da mãe do gestante: _____			
Data do (s) Primeiro (s) exame (s) para toxoplasmose: ____/____/____. Idade Gestacional (IG) do exame positivo para toxoplasmose: _____			
Data Provável do Parto: ____/____/____.			
Gestante encaminhada para Alto Risco () sim () não Medicina Fetal () sim () não			
Quais exames para toxoplasmose foram realizados e o seus resultados durante a gestação?			
IgG: _____	IgM: _____	Avidez: _____	Amnioncentese (PCR para Toxoplasmose): _____ Data: ____/____/____
IgG: _____	IgM: _____	Avidez: _____	Amnioncentese (PCR para Toxoplasmose): _____ Data: ____/____/____
IgG: _____	IgM: _____	Avidez: _____	Amnioncentese (PCR para Toxoplasmose): _____ Data: ____/____/____
Observações: _____			





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

TRATAMENTO

Local do tratamento:

Maternidade Referência: _____ **Telefone:** _____

Unidade Básica: _____ **Telefone:** _____

Data do início do tratamento: ____/____/____

Esquema terapêutico (quantidade de comprimidos/hora):

Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____
Espiramicina:	Sulfadiazina	Pirimetamina	Ác. Folínico	IG:	Data da retirada: ____/____/____

OBS: Conforme recomendações dos médicos especialistas no tratamento da toxoplasmose gestacional e protocolo do Ministério da Saúde, **após a 16ª semana gestacional deverá ser instituído o tratamento tríplice, com a Sulfadiazina 500 mg/ 1500mg/dia de 12/12h, Pirimetamina 25 mg de 12/12h e Ácido Folínico 10mg para gestantes com toxoplasmose**, sendo que a Sulfadiazina e Pirimetamina são disponibilizado pelo Estado e o Ácido Folínico pelo município. O esquema tríplice só será dispensado quando realizado exames comprobatórios da **não infecção do feto durante este período**, ou reações adversas na mãe. Lembrando que, quando iniciado o tratamento tríplice, este irá até o final da gestação.

Local do Parto: _____ **Data do Parto:** ____/____/____

Observações: _____

RECOMENDAÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA: Toda criança nascida de mãe com toxoplasmose deverá ser acompanhada com realizações de exames específicos durante 1 ano e 2 meses na puericultura.

(ASSINATURA DIGITAL)

LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

