

TRIAGEM DE GESTANTES EXPOSTAS AO ZIKA VÍRUS OU FETO/RN COM ALTERAÇÃO DO SNC

Data da notificação ___/___/___ RS/Município: _____ Sinan Net/RESP: _____

Serviço Saúde: _____ Nome Notif: _____

Tel/e-mail notif: () _____ Data da análise do questionário: _____

DETECÇÃO DA MICROCEFALIA () Intra-útero () Pós-parto () Outros

DADOS DA GESTANTE Nome: _____

DN: ___/___/___ IDADE _____ End.: _____ Mun: _____

Tel: () _____ G ___ P ___ C ___ A ___ DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___

Doenças pré-existentes: não () sim () quais: _____

Álcool/Tabaco/Drogas ilícitas: não () sim () quais: _____

Viagem durante a gestação: não () sim () ida ___/___/___ volta ___/___/___ Destino _____

História de Exantema: não () sim () em ___/___/___ detalhar _____

Outros sinais/sintomas: não () sim () quais: _____ em ___/___/___

Uso de Medicamentos na gestação: não () sim () quais: _____

ULTRASSONOGRÁFIAS GESTACIONAIS:

	DATA DO EXAME USG	IG USG (semanas)	CIRCUNF CRANIANA (mm)	MICROCEFALIA	CALCIFICAÇÕES	OUTROS ACHADOS/OBS
1ª *	___/___/___			não() sim ()	não() sim ()	
2ª	___/___/___			não() sim ()	não() sim ()	
3ª	___/___/___			não() sim ()	não() sim ()	

*Se IG USG entre 10-14semanas, incluir no campo OBS o valor do CCN (comprimento cabeça-nádega em mm).

SOROLOGIAS MATERNAS:

Exames	1º Trimestre Resultado/ Data			2º Trimestre Resultado/ Data			3º Trimestre Resultado/ Data			Tratamento/ Observações
VDRL	(/ /)			(/ /)			(/ /)			
HIV	(/ /)			(/ /)			(/ /)			
Toxo	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	
Rubéola	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	
CMV	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	IgM	IgG	(/ /)	
Outro:	(/ /)			(/ /)			(/ /)			

Evolução da Gestação: Nascido Vivo () Aborto () _____ Natimorto() _____

DADOS DO RN DN: ___/___/___ Parto Vaginal() Cesárea() Motivo: _____

Sexo: () M () F **IG** (idade gestacional): ___ sem **P:** _____g(P/DP___) **E:** ___cm(P/DP___) **1º PC "0" dia:** ___cm(P/DP___)

2º PC dia(s): ___cm(P/DP___) **3º PC meses:** ___cm(P/DP___) **4º PC meses:** ___cm(P/DP___)

Malformações não () sim () qual(is): _____

Teste do Olhinho/Oftalmologia: _____

Teste de Orelhinha/BERA: _____

Exames (TAC/USG-crânio) _____

INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO POR VÍRUS ZIKA? não() sim () Descrever amostras e resultados:

	Material	DATA DA COLETA	EXAME/RESULTADO
Gestante	SORO	___/___/___	
	PLACENTA	___/___/___	
	URINA	___/___/___	
	OUTROS	___/___/___	
RN/Aborto Natimorto	SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL	___/___/___	
	SORO	___/___/___	
	LCR	___/___/___	
	URINA	___/___/___	
	OUTROS	___/___/___	

CONCLUSÃO: () DESCARTADO / DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO : _____

() CONFIRMADO / ENCAMINHAMENTO : _____

() EM INVESTIGAÇÃO _____