

## TRIAGEM DE GESTANTES EXPOSTAS À STORCH+Z OU FETO/RN COM ALTERAÇÃO DO SNC

Data da notificação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Regional de Saúde/Município: \_\_\_\_\_ Sinan net/RESP : \_\_\_\_\_

Serviço Saúde: \_\_\_\_\_ Nome Notif : \_\_\_\_\_

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

**DETECÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO SNC** ( ) Intra-útero ( ) Pós-parto ( ) Outros

**DADOS DA GESTANTE** Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ End: \_\_\_\_\_ Mun: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Doenças pré-existent:** 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: \_\_\_\_\_

ULTRASSONOGRAMAS 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 STORCHZ?** 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 \_\_\_\_\_