



FICHA DE ACOMPANHAMENTO PARA SÍFILIS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Notificação SINAN \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cartão SUS ou CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Possui companheiro: ( ) Sim ( ) Não Nome do(a) Companheiro(a) (opcional): \_\_\_\_\_

Está gestante? ( ) SIM ( ) NÃO Estratificação Risco: ( ) RISCO HABITUAL ( ) MÉDIO RISCO ( ) ALTO RISCO

Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIPO DE EXAME: ( ) Teste rápido ( ) VDRL

1. RESULTADOS TESTE RÁPIDO (TR) / VDRL:

DESCRIÇÃO	TIPO DE EXAME	DATA DO EXAME	RESULTADO*	SERVIÇO	MUNICÍPIO	PROFISSIONAL
GESTANTE						
PARCEIRO						

\*Se realizado o exame VDRL, incluir a titulação na anotação do resultado

2. PLANILHA DE CONTROLE DE APLICAÇÃO DA PENICILINA DE 1.200 UI - INTRAMUSCULAR – **NA GESTANTE**

APLICAÇÃO		LOTE DA MEDICAÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
DOSE	DATA		NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA	
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						

3. PLANILHA DE CONTROLE DE APLICAÇÃO DA PENICILINA DE 1.200 UI - INTRAMUSCULAR – **NO PARCEIRO**

APLICAÇÃO		LOTE DA MEDICAÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
DOSE	DATA		NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA	
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						

Essa ficha deve ser anexada ao cartão da gestante para que seja levada a maternidade, para orientação do manejo da gestante e do RN exposto à sífilis.

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável pela conclusão do tratamento



FICHA DE ACOMPANHAMENTO PARA SÍFILIS - ATENÇÃO TERCIÁRIA

UNIDADE HOSPITALAR: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA DE ENTRADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão SUS ou CPF: \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO: ( ) NORMAL ( ) CESÁRIA REALIZOU EXAME PRÉ-PARTO? ( ) SIM ( ) NÃO TIPO DE EXAME: ( ) teste rápido ( ) VDRL

Data do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ REALIZOU EXAME PÓS-PARTO? ( ) SIM ( ) NÃO TIPO DE EXAME: ( ) teste rápido ( ) VDRL

1. RESULTADOS TESTE RÁPIDO (TR) / VDRL:

DESCRIÇÃO	TIPO DE EXAME	DATA DO EXAME	RESULTADO*	SERVIÇO	MUNICÍPIO	PROFISSIONAL
GESTANTE / PUÉRPERA						
RN						

\*Se realizado o exame VDRL, incluir a titulação na anotação dos resultados.

2. PLANILHA DE CONTROLE DE APLICAÇÃO DA PENICILINA DE 1.200 UI - INTRAMUSCULAR – NA PUÉRPERA

APLICAÇÃO		LOTE DA MEDICAÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
DOSE	DATA		NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA	
1ª						
2ª						
JUSTIFICATIVA:						

3. PLANILHA DE CONTROLE DE APLICAÇÃO DA PENICILINA NO RN

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Cartão do SUS ou CPF: \_\_\_\_\_

Nº da notificação SINAN: \_\_\_\_\_

3.1 - CLASSIFICAÇÃO:

( ) Recém-nascido exposto a sífilis (criança assintomática, mãe adequadamente tratada e teste não treponêmico não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno) ( ) Sífilis congênita ( ) Sífilis congênita com neurosífilis

3.2 - TRATAMENTO:

- ( ) Não foi necessário. (RN exposto à sífilis)
- ( ) Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, IM, dose única. (Criança nascida de mãe não tratada ou tratada de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento).
- ( ) Benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h na primeira semana de vida e de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias. (Sífilis congênita ou sífilis congênita com neurosífilis)
- ( ) Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, IM, uma vez ao dia, por 10 dias. (Sífilis congênita)

COMENTÁRIOS: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: Essa ficha não substitui o resumo de alta e deverá retornar junto ao cartão da gestante, para que seja apresentada na Unidade de Saúde de Referência, para acompanhamento e manejo da puérpera e do RN exposto a sífilis.

LOCAL E DATA

Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento