



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