

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação PORTO ALEGRE		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do Caso	5 Agravado GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS		Código (CID10) Z 21	
	7 Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta		6 Data do Diagnóstico	
	9 Idade D - dias M - meses A - anos		10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado	
Dados de Residência	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe	
	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência	
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Bairro		Código (IBGE)	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25 País (se residente fora do Brasil) BRASIL		Código	
Dados Complementares do Caso				
HIV	26 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto			
	27 Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico			
Cat. de Exposição da Gestante /Parturiente / Puérpera	28 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		29 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	30 Acidente com material biológico com posterior soroconversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		31 Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	
	Pré-Natal			
Dados Pré-Natal	32 Município de realização do Pré-Natal		Código	
	33 Unidade de realização do pré-natal:		Código	
	34 Nº da Gestante no SISPRENATAL		35 Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas	
	36 Data provável do parto:			
	37 Caso confirmado de aids: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		38 Em uso de anti-retrovirais para tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	39 Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas			
40 Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível <input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido <input type="checkbox"/> Recusa da gestante <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento Outros motivos: _____				

Parto

Dados Parto

41	Município do local do parto	Código	42	Local de realização do parto:	Código
43	Data do parto:		44	Idade gestacional:	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
45	Fez pré-natal ?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	46	Se sim, nº consultas:	<input type="text"/> <input type="text"/>
47	Município de realização do pré-natal	Código	48	Unidade pré-natal	Código
49	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retrovirais oral (semanas):	<input type="text"/> <input type="text"/> 00 - não usou 99 - Ignorado			
50	Tempo de ruptura das membranas (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado			
51	Evolução da gravidez:	<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto	52	Gestação múltipla:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não
53	Fez uso de anti-retroviral durante o parto:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
54	Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55	Criança:	<input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica
56	Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			

Criança

Dados Criança

57	Município da unidade de acompanhamento	Código	58	Unidade de acompanhamento da criança:	Código
59	Nome da criança:		60	Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
61	Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<input type="checkbox"/>	62	Município do local de parto	Código
63	Local de nascimento (Unidade de Saúde):				
64	Aleitamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65	Se sim, tempo (dias):	<input type="text"/> <input type="text"/>
66	Aleitamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67	Se sim, tempo (dias):	<input type="text"/> <input type="text"/>
68	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado			
69	Utilizou outro anti-retroviral:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
Dados laboratoriais:					
70	Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	Data da coleta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado
71	Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
72	Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável	
73	Sorologia anti-HIV aos 18 meses	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado	Data da coleta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Conclusão

74	Encerramento do caso	<input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito
75	Se óbito, data:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
76	Causa do óbito relacionada à aids:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado
77	Responsável pelo preenchimento:	<input type="text"/>
78	Data:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>