

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA A INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO:

Data do Atendimento: ____/____/____ Unidade de atendimento: _____ Tel: _____ E-mail: _____
 Data da notificação: ____/____/____
 Responsável pelo preenchimento: ____/____/____

2. DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Cartão SUS: _____ CPF: _____
 Endereço de residência: _____ Nº: _____ CEP: | | | | | - | | | | |
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone para contato: _____
 Endereço de procedência: _____ Nº: _____ CEP: | | | | | - | | | | |
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Deslocamento durante a gestação (outros Estados ou País):
 Data de saída: ____/____/____ Data de chegada: ____/____/____ Cidade: _____ UF: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO RN OU LACTENTE

Nome: _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Nº do DNV: _____ Cartão SUS: _____

4. GESTAÇÃO

Realizou pré natal? Sim Não Onde: _____
 DUM: _____ DPP: _____
 Tipo de gravidez: Única Dupla Tripla Mais
 Apresentou febre durante a gestação Apresentou enxantema durante a gestação
 Realizou exames durante a gestação ou pós-parto para:

EXAMES	DATA	RESULTADO
Toxoplasmose	____/____/____	
Sífilis	____/____/____	
Rubéola	____/____/____	
CMV	____/____/____	
Outros	____/____/____	

Teve diagnóstico laboratorial para: Dengue Chikungunya Zika Data da coleta ou diagnóstico: ____/____/____
 Medicamentos utilizados na gestação: _____

É usuário de drogas, álcool ou tabagista? Sim Não
 Quais e frequência: _____

USG

EXAMES	DATA	I.G.	RESULTADO
Obstétrico	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		
Morfológico	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		

Perímetro cefálico no intrauterino (se detectado) e data: _____

5. PARTO

Data do parto: ___/___/___ Idade gestacional/Capurro: _____

Local do parto: _____

Tipo do parto: _____ (em caso de cesárea, indicar o motivo): _____

Peso ao nascimento: _____ Classificação: PIG AIG GIG

Comprimento ao nascimento: _____ APGAR - 1º min _____ 5º min _____

Perímetro cefálico no nascimento: _____, medido com _____ horas _____ dias de nascido

Presença de malformações: Sim Não

Quais: _____

7. RECÉM NASCIDO

Exames

EXAMES	DATA	RESULTADO
Auditivo	BERA / PEATE	___/___/___
	EOA	___/___/___
Visual	Reflexo vermelho	___/___/___
	Fundo de olho	___/___/___
USG transfontanela	___/___/___	
Tomografia	___/___/___	
Ressonância magnética	___/___/___	

Exames laboratoriais

EXAMES	DATA	RESULTADO
Toxoplasmose	___/___/___	
Sífilis	___/___/___	
Rubéola	___/___/___	
CMV	___/___/___	
Herpes	Urina	___/___/___
	Sangue	___/___/___
	LCR	___/___/___
	Placenta	___/___/___
Outros	___/___/___	
	___/___/___	

Observação: _____