



**CIDADE DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

## 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/Capurso: \_\_\_\_\_

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	___/___/___	
Zika (PCR RT)	Urina	___/___/___
	Sangue	___/___/___
	LCR	___/___/___
	Placenta	___/___/___
Outros	___/___/___	
	___/___/___	

Observação: \_\_\_\_\_