



## FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DA GESTANTE COM HBV/HCV

Definição de caso: Gestante que apresente os marcadores reagentes para Hepatite B (AgHBs/AntiHBc reagente) ou C (VHC-RNA reagente)

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação

2 Agravado/doença: **Gestante com HBV / HCV**      Código (CID10): **098.4**      3 Data da Notificação

4 UF      5 Município de Notificação      Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)      Código da Unidade      7 Data dos primeiros Sintomas

**Notificação Individual**

8 Nome da Gestante      9 Data de Nascimento

10 Idade(anos)      11 Sexo: **Feminino**      12 Data provável do parto

13 Gestante:   
 1- 1º trimestre      3- 3º trimestre         
 2- 2º trimestre      4- Idade gestacional ignorada

14 Raça/Cor:   
 1- Branca      3- Amarela      5- Indígena         
 2- Preta      4- Parda      9- Ignorado

15 Escolaridade da Gestante:    
 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)   
 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)   
 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

**Dados de Residência**

16 Nome da Mãe:      17 Número do Cartão SUS da Gestante :

18 UF      19 Município de Residência:      Código (IBGE)      20 Distrito:

21 Bairro      22 Logradouro (rua, avenida...)      23 Código

23 Número      24 Complemento (apto, casa, etc...      25 Geo campo 1      26 Geo campo 2

27 Ponto de referência      28 CEP:      29 (DDD) Telefone

30 Zona :    
 1- Urbana      3- Periurbana      31 País ( se procedente fora do país)   
 2- Rural      4- Ignorada

### DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

**Fatores epidemiológicos**

32 Ocupação

33 Evidência Laboratorial de :   
 1-Sim      Hepatite B         
 2-Não      Hepatite C     

34 Agravos Associados:   
 1-Sim      HIV/Aids         
 2-Não      Outras DSTs         
 9-Ignorado      Sífilis     

**Imunização da Gestante**

35 Imunização da Hepatite B :   
 1ª dose            ...../...../.....   
 2ª dose            ...../...../.....   
 3ª dose            ...../...../.....   
 Outras doses            ...../...../.....   
 1- Sim      9-Ignorado   
 2- Não

36 Confirmação em Carteira:   
 1 - S         
 2 - N

37 Quando a gestante apresentou a sorologia para a hepatite REAGENTE :   
 1-Antes do pré natal      3-Durante o parto         
 2-Durante o pré natal      4-Depois o parto

Dados Laboratoriais da Gestante

38	Marcadores do HVB :	HBSAg	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		Anti-HBc Total	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		HBeAg	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		Anti-HBc IgM	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		Anti-HBe	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		Anti-HBs	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		HBV-DNA	1 - Detectado >10 <sup>6</sup>	2 - Detectado <10 <sup>6</sup>	3 - Não detectado	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>

  

39	Marcadores do HCV :	Anti - HCV	1 - Reagente	2 - Não Reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
		HCV - RNA	1 - Detectado	2 - Não Detectado		4 - Não realizado	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>

Dados do Pré-Natal

40	Fez pré-natal :	1 - Sim 2 - Não	<input type="checkbox"/>	
41	UF de realização do pré-natal : Código (IBGE)	<input type="text"/>		
42	Município de realização do pré-natal : código IBGE	<input type="text"/>		
43	Unidade/Consultório de realização do pré-natal :	Código CNES:	<input type="text"/>	
44	Endereço:			
45	Telefone:	46	Número da gestante no SISPRENATAL	
47	Faz tratamento para hepatite : 1.Sim 2. Não 9. Ignorado B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			
48	Início do tratamento : 1- antes da gravidez 2- durante a gravidez	<input type="checkbox"/>	49	Medicamento utilizado:
50	Parceiro apresenta sorologia reagente para hepatite B e/ou C: 1-Sim 2-Não 9- Ignorado	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	51	Outras pessoas da família são portadoras de hepatite: 1-Sim 2-Não 9- Ignorado
52	Evolução da gravidez : 1. Nascido vivo 2. Nascido morto 3. Aborto 4. Não se aplica <input type="checkbox"/>			

Classificação Final

53	Evolução:	<input type="checkbox"/>
1 - Perda de seguimento 3 - Transferência para outro município 5 - Óbito por outras causas 2 - Caso em andamento 4 - Óbito por hepatite 6 - Descartado		
54	Classificação Etiológica :	<input type="checkbox"/>
1 - Vírus B 2 - Vírus C 3 - Vírus B e C		
55	Data do encerramento da gravidez :	...../...../.....

**Observações Adicionais**

Investigador

Município/Unidade de Saúde	CNES Unidade de Saúde
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome	Função
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura	
<input type="text"/>	