



## 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 da última menstruação

13 Gestante: 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 14 Raça/Cor: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 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 2- Rural 3- Periurbana 4- Ignorada 31 País ( se procedente fora do país)

### DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

**Fatores epidemiológicos**

32 Ocupação

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

34 Agravos Associados: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado HIV/Aids  Outras DSTs  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 2-Durante o pré natal 3-Durante o parto 4- Após 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:	<input type="text"/>				
45	Telefone:	46	Número da gestante no SISPRENATAL	<input type="text"/>		
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:	<input type="text"/>				
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	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
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 de outro município	5 - Óbito por outras causas
2 - Caso em andamento	4 - Óbito por hepatite	6 - Descartado
54	Classificação Etiológica:	<input type="checkbox"/>
1 - Virus B	2 - Virus C	3 - Virus B e C
55	Data do encerramento da gravidez:	<input type="text"/>

**Observações Adicionais**

Investigador

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