

RELATÓRIO DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA
(encaminhar cópia para vigilância ao final do acompanhamento)

Relatório de Tratamento e Acompanhamento da Sífilis Congênita

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Mãe: _____

Endereço residencial: _____

Telefone: _____

Apresentou 1º **VDRL na Maternidade** () não reagente ou 1: _____ título

Liquor: _____

Data: _____

Tratamento ()SIM ()NÃO

MONITORAMENTO

MONITORAMENTO VDRL PÓS TRATAMENTO		
	RESULTADO	DATA DA COLETA
VDRL 01 MÊS		
VDRL 03 MESES		
VDRL 06 MESES		
VDRL 12 MESES		
VDRL 18 MESES		

OBS: Os casos de criança exposta à Sífilis devem ser acompanhados por 18 meses, ocorrendo 02 VDRL negativos o caso será DESCARTADO para SÍFILIS e encerra-se o seguimento.

Unidade responsável pelo atendimento: _____

Assinatura e carimbo do profissional: _____

