



OFÍCIO Nº 19164/2023/SES

GOIANIA, 13 de abril de 2023.

Prezados Diretores/Coordenadores (as),  
**DAS REGIONAIS DE SAÚDE-SES, DOS NVEs-MUNICÍPIOS,  
DOS SERVIÇOS/PRIVADOS/PÚBLICOS ESPECIALIZADOS EM  
OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA.**

**Assunto: Aprimoramento das fichas usadas para notificar  
toxoplasmose: gestacional, congênita, surto e outros.**

Prezados (as),

Considerando as dificuldades dos serviços que notificam toxoplasmose, em usar as fichas notificação/conclusão (não específica para doença) e a de notificar surto dessa doença (ficha de investigação de surto de DTA) o que gera inúmeras inconsistências no sistema de informação, criando retrabalho às equipes;

Considerando a necessidade de qualificar as ações de coletar, transmitir e disseminar dados epidemiológicos de todos os tipos de toxoplasmose pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica SINAN nas três esferas de governo;

Aprimoramos a ficha de notificação/conclusão com o preenchimento do **campo 2** relacionado a agravo/doença com os códigos da CID 10 e definição de caso para toxoplasmose gestacional e congênita. Sendo assim, a partir do dia 1º de maio/23 só serão aceitas as notificações em fichas assim discriminadas, nos referidos campos:

- Toxoplasmose gestacional/doença/agravo: Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério: **CID 10: O 98.6**;

- Toxoplasmose congênita: **CID 10: P 37.1**;

- Surto de toxoplasmose: **CID 10: B 58**;

- Toxoplasmose com comprometimento de outros órgãos e em imunoincompetentes: **CID 10: B58.8**

Contamos com a colaboração das Regionais de Saúde, na divulgação desse DOC, para que todos profissionais de saúde tenham acesso e façam as notificações com essa padronização.

Fichas aprimoradas em ANEXO.

Respeitosamente,



Documento assinado eletronicamente por **EUNICE PEREIRA DE SALLES, Coordenador (a)**, em 14/04/2023, às 15:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL BATISTA GOMES, Coordenador (a)**, em 14/04/2023, às 16:30, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ANA CRISTINA GONCALVES DE OLIVEIRA, Gerente**, em 17/04/2023, às 11:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **46696033** e o código CRC **A61229E7**.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS  
TRANSMISSÍVEIS  
Ed. César Sebba Av. 136, S/N, St. Sul - GOIANIA - GO - CEP  
74093-250.



Referência: Processo nº  
202300010020714



SEI 46696033

**CASO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL**

Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-*T. gondii* reagente ou indeterminado ou com história clínica compatível com toxoplasmose ou que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou com exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita ou que foi identificada em situações de surto de toxoplasmose.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério		Código (CID10) 098. 6	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 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					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Conclusão					
	Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
Local Provável da Fonte de Infecção						
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF	36 País			
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro		
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento				

**Informações complementares e observações**

Observações adicionais

---

---

---

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função

**CASO CONFIRMADO DE TOXOPLASMOSE COM COMPROMETIMENTO DE OUTROS ÓRGÃOS EM IMUNOINCOMPETENTES**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	TOXOPLASMOSE COM COMPROMETIMENTO DE OUTROS ÓRGÃOS EM IMUNOINCOMPETENTES		B58.8		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas		

Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade					
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					
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

**Conclusão**

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final	33 Critério de Confirmação/Descarte		
		1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>		
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>				
	34 O caso é autóctone do município de residência?				
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>				
	35 UF 36 País				
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito		39 Bairro
40 Doença Relacionada ao Trabalho		41 Evolução do Caso			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento			

**Informações complementares e observações**

**Observações adicionais**

---

---

---

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			

**CASO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA**

RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose gestacional ou menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti-*T. gondii* reagente ou menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-*T. gondii* reagente.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença <b>TOXOPLASMOSE CONGÊNITA</b>		Código (CID10) <b>P37.1</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 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-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Conclusão**

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	35 UF	36 País	
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento	

**Informações complementares e observações**

Observações adicionais

---

---

---

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 3 - Surto

2 Agravado/doença: **SURTO DE TOXOPLASMOSE** Código (CID10): **B58** 3 Data da Notificação: \_\_\_\_\_

4 UF: \_\_\_\_\_ 5 Município de Notificação: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 7 Data dos 1<sup>os</sup> Sintomas do 1º Caso Suspeito: \_\_\_\_\_

**Notificação de Surto**

8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação: \_\_\_\_\_

9 Local Inicial de Ocorrência do Surto

1 - Residência      2 - Hospital / Unidade de Saúde      3 - Creche / Escola  
 4 - Asilo      5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)      6 - Restaurante/ Padaria (similares)  
 7 - Eventos      8 - Casos Dispersos no Bairro      9 - Casos Dispersos Pelo Município  
 10 - Casos Dispersos em mais de um Município      11 - Outros      Especificar \_\_\_\_\_

**Dados de Ocorrência**

10 UF: \_\_\_\_\_ 11 Município de Residência: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_ 12 Distrito: \_\_\_\_\_

13 Bairro: \_\_\_\_\_ 14 Logradouro (rua, avenida,...): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

15 Número: \_\_\_\_\_ 16 Complemento (apto., casa, ...): \_\_\_\_\_ 17 Geo campo 1: \_\_\_\_\_

18 Geo campo 2: \_\_\_\_\_ 19 Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ 20 CEP: \_\_\_\_\_

21 (DDD) Telefone: \_\_\_\_\_ 22 Zona:  1 - Urbana     2 - Rural     3 - Periurbana     9 - Ignorado    23 País (se residente fora do Brasil): \_\_\_\_\_

**Situação Inicial**

24 Data da Investigação: \_\_\_\_\_ 25 Modo Provável da Transmissão:  1- Direta (pessoa a pessoa)     2- Indireta (Veículo comum ou Vetor)     9- Ignorado

26 Veículo de Transmissão:  1- Alimento/Água

**DTA - Investigação Epidemiológica**

27 Número de Entrevistados: \_\_\_\_\_ 28 Número de Doentes Entrevistados: \_\_\_\_\_ 29 Número Total de Doentes: \_\_\_\_\_ 30 Número Total de Hospitalizados: \_\_\_\_\_ 31 Número de Óbitos: \_\_\_\_\_

32 Número de Doentes por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Sexo			Total Número
	Masculino Número	Feminino Número	Ign Número	
< 1				
1 a 4				
5 a 9				
10 a 19				
20 a 49				
50 e +				
Ignorada				
Total				

33 Sinais e Sintomas

Sinais e Sintomas	Doentes Número
Náuseas	
Vômitos	
Diarréia	
Cefaléia	
Dor Abdominal	
Neurológicos	
Outros	
Febre	

34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias): \_\_\_\_\_  
 1 - Horas     2 - Dias

35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias): \_\_\_\_\_  
 1 - Horas     2 - Dias

36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias): \_\_\_\_\_  
 1 - Horas     2 - Dias

37 Local de Produção/Preparação

01 - Ambulantes      05 - Indústria      09 - Residência  
 02 - Comemorações      06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria      10 - Restaurante  
 03 - Creche / Escola      07 - Produção Agropecuária      11 - Outros Especificar \_\_\_\_\_  
 04 - Hospital / Unidade de Saúde      08 - Refeitório      99 - Ignorado

38 Local de Ingestão

01 - Ambulantes      05 - Indústria      09 - Residência  
 02 - Comemorações      06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria      10 - Restaurante  
 03 - Creche / Escola      07 - Produção Agropecuária      11 - Outros Especificar \_\_\_\_\_  
 04 - Hospital / Unidade de Saúde      08 - Refeitório      99 - Ignorado

39 Fatores Causais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Matéria-prima Imprópria

Manipulação/Preparação Inadequada

Conservação Inadequada

Outros Especificar \_\_\_\_\_

Amostras Clínicas

Amostras Bromatológicas

40 Coletadas Amostras Clínicas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se SIM, nº de Amostras

48 Coletadas Amostras de Alimentos

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

49 Se SIM, nº de Amostras

42 Resultado 1 (Principal Achado)

43 Nº de Positivas

50 Resultado 1 (Principal Achado)

51 Nº de Positivas

44 Resultado 2 (Outro Achado)

45 Nº de Positivas

52 Resultado 2 (Outro Achado)

53 Nº de Positivas

46 Resultado 3 (Outro Achado)

47 Nº de Positivas

54 Resultado 3 (Outro Achado)

55 Nº de Positivas

56 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie)

57 Alimento causador do surto

58 Critério de Confirmação (Referente ao Agente Etiológico)

1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico Bromatológico 5 - Inconclusivo

59 Data do Encerramento

60 Medidas Adotadas / Recomendadas

Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)

Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)

Investigador Município/Unidade de Saúde Nome Função Assinatura