

**Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	<b>GESTANTE HIV</b>		<b>Z 21</b>	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	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,...)		
	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 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

**Dados Complementares do Caso**

Ant. epid. mãe/ HIV	31 Ocupação	32 Evidência laboratorial do HIV:		
		1 - Antes do pré-natal	2 - Durante o pré-natal	3 - Durante o parto 4 - Após o parto

**Pré-Natal**

Dados Pré-Natal	33 Fez/ Faz pré-natal	34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado			
	36 Unidade de realização do pré-natal:			Código
37 Nº da Gestante no SISPRENATAL		38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia	39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

**Parto**

Dados Parto	40 UF	41 Município do local do parto	Código (IBGE)	
	42 Local de realização do parto:		Código	
	43 Data do parto:		44 Tipo de parto	
			1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica	
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46 Evolução da gravidez:	
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado		1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica	
47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):				
1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado				

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