

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS

## VIGILÂNCIA EM PARTURIENTES

### CADERNO DE REGISTRO

·  
·  
·  
·

Brasília, agosto de 2003



## APRESENTAÇÃO

O Caderno de Registro é de suma importância para o sucesso do Estudo de Prevalência em parturientes. O seu correto preenchimento permitirá:

- análise correta dos dados gerados pelos serviços;
- o pagamento correto aos participantes locais (coordenador e o responsável pelo laboratório) pelo trabalho realizado.

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- **N ° DA ETIQUETA** – anote o número da etiqueta correspondente ao que foi utilizado no criotubo;
- **DATA DA COLETA** – anote a data em que foi realizada a coleta da amostra;
- **IDADE** – anote a idade em anos completos;
- **ESCOLARIDADE** – marque X na campo correspondente ao grau de escolaridade;
- **PRÉ-NATAL** - marque um X na campo correspondente ao número de consultas e o período de início do pré-natal;
- **TESTE – HIV** - marque X nas opções se foi pedido o teste do HIV no Pré natal; se a parturiente concordou em fazer o teste; se conheceu o resultado e o tempo de espera do mesmo (**EM DIAS**). Caso a parturiente não saiba informar se o teste foi pedido no pré-natal não há necessidade de preenchimento dos campos que se seguem.

Completada a coleta o coordenador do sítio deverá **FOTOCOPIAR** todo caderno de registro e proceder o arquivamento da cópia.

O caderno de registro original deverá ser encaminhado à CN-DST/Aids.

Coordenação Nacional de DST e Aids

Unidade de Epidemiologia

Avenida W3 Norte

SEPN 511, Bloco “C”

CEP: 70750-543

Fone: (61) 448-8037/448-8038



INSTITUIÇÃO	
Município	UF:
Telefone:	

COORDENADOR DO SÍTIO (Maternidade)	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
CPF:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL	
Rua:	Número:
Município	UF:
CEP:	
Tel.: ( )	Fax: ( )

DADOS BANCÁRIOS*	
Banco:	Número:
Agência:	Nº conta corrente:

\*obs: **Atenção** ao preenchimento das informações cadastrais.

Os valores não serão depositados em: Conta poupança; Conta conjunta e Conta de pessoa jurídica.  
Se não possuir conta corrente, escolher uma agência do Banco do Brasil para receber diretamente no caixa;

RESPONSÁVEL PELO ESTUDO (Área de Laboratório)	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
CPF:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL	
Rua:	Número:
Município:	UF:
CEP:	
Tel.: ( )	Fax: ( )

DADOS BANCÁRIOS*	
Banco:	Número:
Agência:	Nº conta corrente:

PARA USO DA COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS	
Caderno recebido em: ____/____/____	
Encaminhado Pagamento em ____/____/____	

Nº Etiqueta	Data Coleta	Idade	Escolaridade					Pré-natal						Teste HIV										
			Analf.	1ª-4ª	5ª-8ª	2ª Grau		Sup.	Nº consultas				Início			Pedido Pré-natal			Concordou fazer teste		Conhece resultado		Tempo espera	
						Inc.	Com.		0	1-3	4-5	6/+	1ºtri	2ºtri	3ºtri	S	N	Não sabe	S	N	S	N	Nº (dias)	

Nº Etiqueta	Data Coleta	Idade	Escolaridade					Pré-natal						Teste HIV									
			Analf.	1ª-4ª	5ª-8ª	2ª Grau		Sup.	Nº consultas				Início			Pedido Pré-natal			Concordou fazer teste		Conhece resultado		Tempo espera
						Inc.	Com.		0	1-3	4-5	6/+	1ºtri	2ºtri	3ºtri	S	N	Não sabe	S	N	S	N	

Nº Etiqueta	Data Coleta	Idade	Escolaridade					Pré-natal						Teste HIV												
			Analf.	1ª-4ª	5ª-8ª	2ª Grau		Sup.	Nº consultas				Início			Pedido Pré-natal			Concordou fazer teste		Conhece resultado		Tempo espera			
						Inc.	Com.		0	1-3	4-5	6/+	1ºtri	2ºtri	3ºtri	S	N	Não sabe	S	N	S	N	Nº (dias)			



Nº Etiqueta	Data Coleta	Idade	Escolaridade						Pré-natal						Teste HIV										
			Analf.	1ª-4ª	5ª-8ª	2ª Grau		Sup.	Nº consultas				Início			Pedido Pré-natal			Concordou fazer teste		Conhece resultado		Tempo espera		
						Inc.	Com.		0	1-3	4-5	6/+	1ºtri	2ºtri	3ºtri	S	N	Não sabe	S	N	S	N	Nº (dias)		

Nº Etiqueta	Data Coleta	Idade	Escolaridade					Pré-natal						Teste HIV											
			Analf.	1ª-4ª	5ª-8ª	2ª Grau		Sup.	Nº consultas				Início			Pedido Pré-natal			Concordou fazer teste		Conhece resultado		Tempo espera		
						Inc.	Com.		0	1-3	4-5	6/+	1ºtri	2ºtri	3ºtri	S	N	Não sabe	S	N	S	N		Nº (dias)	

## NÚMERO DE AMOSTRAS COLHIDAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38.	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	<b>100</b>

Código da Unidade

Uso exclusivo da CN-DST/AIDS

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_



EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
(Reprodução fiel do original)  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>  
Brasília – DF, setembro de 2003  
OS 1078/2003