**Prefeitura de Taiobeiras**
**Secretaria Municipal de Saúde (SESA)**
**Gerência de Atenção Primária**

**Importante!**
Guarde esse documento com você! Ele será essencial para o seu acompanhamento ao longo da vida. Caso esteja gestante apresente ele na admissão da maternidade.

## RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DE TRATAMENTO – SÍFILIS ADQUIRIDA

Registra-se que o(a) cidadão(ã) abaixo qualificado, concluiu o tratamento para sífilis (CID 10 A53.9), conforme especificação abaixo:

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | | |
| **Data de Nascimento** | | |
| **Estágio da Sífilis** | ☐ Recente primária ☐ Recente secundária<br>☐ Recente latente ☐ Tardia latente<br>☐ Tardia terciária | |
| **Gestação** | ☐ Sim ☐ Não | |
| **Esquema Terapêutico** | ☐ Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões (Dose única):<br>em: ___/___/_____<br>☐ Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões 1 vezes/semana, semanas:<br>em: ___/___/_____<br>em: ___/___/_____<br>em: ___/___/_____<br>☐ Outro esquema terapêutico: _____<br>_____<br>_____<br>_____ | |
| **Tratamento do parceiro(a)** | ☐ Sim ☐ Não | |
| **Esquema Terapêutico do Parceiro(A)** | ☐ Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões (Dose única):<br>em: ___/___/_____<br>☐ Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões 1 vezes/semana, semanas:<br>em: ___/___/_____<br>em: ___/___/_____<br>em: ___/___/_____<br>☐ Outro esquema terapêutico: _____<br>_____<br>_____<br>_____ | |
| **Monitoramento pós-tratamento** | VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___: | VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___:<br>VDRL em ___/___/___: |
| **Observações** | | |

Por ser verdade, dou fé.

Taiobeiras (MG), ___ de _____ de _____