



Prefeitura de Jundiaí

Termo de Responsabilidade para o tratamento de Sífilis em Gestantes

Eu, _____,

portadora do CPF _____ - ____, estou ciente que deverei comparecer à Unidade de Saúde _____ nas datas ____/____/20____, ____/____/20____ e ____/____/20____, para o tratamento adequado da Sífilis em Gestante. Comprometo-me, também, a realizar os exames sorológicos **mensais**, para acompanhamento da titulação da sífilis. E, dessa forma, evitar complicações gestacionais que podem variar de aborto, má formação físicas e neurológicas do bebê e até a morte neonatal.

Declaro – também – estar ciente que o tratamento da parceria sexual é fundamental para que tenhamos resultados satisfatórios. Pois, na ausência do tratamento, ocorre a reinfecção por sífilis e transmissão intraútero [dentro do útero].

Afirmo estar ciente que a sífilis congênita é a maior causa de morte neonatal.

Jundiaí, ____ de _____ de 20 ____

Gestante

Parceiro

Assinatura do Profissional