



# KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA

Kementerian Kesihatan Malaysia  
Aras 12, Blok E7, Kompleks E  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 PUTRAJAYA

Tel.: 03-8000 8000  
Faks: 03-8889 5542  
Email: anhisham@moh.gov.my

Ruj. Tuan :

Ruj. Kami : KKM-600-1/2/3 (17) Jld. 2

Tarikh : 28 Jun 2021

## SENARAI EDARAN

*YBhg. Datuk /Dato' Indera /Dato' Tuan /Puan,*

### **SURAT PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA BIL. 10 /2021: PELAKSANAAN PENGUKUHAN PROGRAM PENCEGAHAN JANGKITAN HIV DAN SIFILIS DARI IBU-KE-ANAK**

#### **1. TUJUAN**

Pekeling ini bertujuan untuk memaklumkan berkenaan arahan pelaksanaan pengukuhan program pencegahan jangkitan HIV dan Sifilis dari ibu-ke-anak.

#### **2. LATAR BELAKANG**

Bagi memastikan bayi bebas dari jangkitan HIV dan *Congenital Syphilis*, Kementerian Kesihatan Malaysia telah melaksanakan ujian saringan Sifilis kepada semua ibu mengandung sejak awal tahun 1980an, diikuti dengan ujian saringan HIV mulai tahun 1998. Melalui perlaksanaan Program Pencegahan Jangkitan HIV dan Sifilis dari Ibu-ke-anak (*Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis*) ini, Malaysia telah berjaya mendapat pengiktirafan status eliminasi jangkitan HIV dan Sifilis dari ibu-ke-anak daripada Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) pada 8 Oktober 2018. Sungguhpun kejayaan ini telah dicapai, *Global Validation Advisory Committee (GVAC)* telah mengesyorkan agar garis panduan yang sedia ada dikemaskini dan ditambahbaik seiring dengan kemajuan rawatan masa kini serta mengambil kira isu-isu berkaitan dengan hak asasi manusia.

#### **3. KEPERLUAN PENGUKUHAN PROGRAM PMTCT HIV DAN SIFILIS**

3.1 Analisa pencapaian Program PMTCT HIV bagi tahun 2018-2020 menunjukkan Malaysia masih lagi dapat mengekalkan status eliminasi HIV ini melalui indikator-indikator proses dan impak yang telah ditetapkan oleh WHO seperti berikut:

- i) Pencapaian saringan HIV di kalangan ibu mengandung >95%;

- ii) Pencapaian rawatan ARV di kalangan ibu HIV positif >95%;
  - iii) Kadar jangkitan HIV ibu-ke-anak <2%;
  - iv) Kadar jangkitan HIV baru di kalangan pediatrik <50 kes/100,000 kelahiran hidup.
- 3.2 Namun demikian, analisa pencapaian Program PMTCT Sifilis bagi tahun 2018-2020 mendapati bahawa Malaysia mungkin berhadapan dengan masalah mengekalkan indikator eliminasi tertentu seperti berikut jika program ini tidak diperkuuhkan segera:
- i) Pencapaian saringan Sifilis di kalangan ibu mengandung >95%;
  - ii) Pencapaian rawatan lengkap di kalangan ibu Sifilis positif >95%;
  - iii) Kadar jangkitan *Congenital Syphilis* <50 kes/100,000 kelahiran hidup.
- 3.3 Bagi memastikan Malaysia terus mengekalkan status eliminasi MTCT Sifilis, Jawatankuasa Penyelaras Kebangsaan bagi eliminasi jangkitan HIV dan Sifilis dari ibu-ke-anak bil. 01/2021 pada 18 Mac 2021 telah mengenalpasti beberapa kelemahan yang perlu ditangani segera iaitu:

#### 3.3.1 Kelewatan ujian pengesahan Sifilis (TPPA/TPHA).

Didapati banyak fasiliti kesihatan tidak mengambil sampel untuk ujian pengesahan Sifilis (TPPA/TPHA) pada hari yang sama semasa ujian saringan Sifilis (RPR) didapati reaktif. Ini telah menyebabkan ibu mengandung yang lewat membuat *antenatal booking* terlepas peluang untuk menerima rawatan lengkap (sekurang-kurangnya satu dos IM Bezathine Penicillin diberikan kepada ibu mengandung 30 hari atau lebih sebelum kelahiran) bagi mencegah jangkitan Sifilis kepada bayi.

#### 3.3.2 Pemantauan rawatan semasa mengandung dan semasa lahir.

Pemantauan ujian serologi RPR ke atas ibu yang menerima rawatan serta sejurus selepas kelahiran tidak dilakukan. Ini menyebabkan kegagalan untuk mengesan kemungkinan berlakunya jangkitan semula Sifilis dan rawatan ulangan tidak diberikan semasa mengandung. Disamping itu, kegagalan memperolehi titer ujian RPR ibu sejurus selepas kelahiran telah menyukarkan perbandingan titer ibu dan bayi yang perlu dibuat. Perbandingan titer RPR bayi terhadap titer RPR ibu menjadi petunjuk kepada keberkesanan rawatan untuk mencegah *Congenital Syphilis*.

### **3.3.3 Rawatan tidak mengikut rejimen yang disyorkan**

Untuk tujuan pencegahan *Congenital Syphilis*, hanya rejimen rawatan berasaskan Penicillin perlu digunakan kecuali bagi ibu yang mempunyai alahan kepada Penicillin. Didapati terdapat kes di mana ibu mengandung Sifilis positif telah diberikan rawatan selain daripada Penicillin tanpa sebarang alasan menyebabkan transmisi jangkitan Sifilis ibu-ke-anak berlaku.

### **3.3.4 Ibu mengandung *unbooked/unscreened***

Didapati terdapat peningkatan bilangan ibu mengandung *unbooked/ unscreened* yang tiada jagaan antenatal. Perkara ini turut menjelaskan pengesahan awal Sifilis serta penerimaan rawatan lengkap semasa mengandung.

- 3.4 Berdasarkan kepada kelemahan-kelemahan yang dikenalpasti, maka beberapa penambahbaikan telah dikemaskini dalam Garis Panduan Pengukuhan Program Pencegahan Jangkitan HIV dan Sifilis dari Ibu-ke-anak, edisi kedua.

## **4. PENAMBAHBAIKAN TERHADAP GARIS PANDUAN**

- 4.1 Ujian saringan HIV dan Sifilis hendaklah dijadikan sebagai salah satu ujian rutin dalam jagaan antenatal di semua fasiliti kesihatan kerajaan dan juga swasta. Penggunaan kit ujian pantas (*Rapid Diagnostic Test-RDT*) adalah digalakkan agar ujian pengesahan dan rawatan dapat dilakukan pada hari yang sama.
- 4.2 Sebelum ujian saringan dilakukan, semua ibu mengandung perlu diberi pendidikan kesihatan secara berkumpulan atau individu.
- 4.3 Bagi ibu mengandung yang dikesan positif HIV:
  - 4.3.1 Perbincangan perlu dilakukan dengan ibu semasa kehamilan mencapai 32 ke 36 minggu mengenai pilihan kaedah kelahiran yang sesuai serta selamat. Bagi ibu yang telah menerima rawatan *Antiretroviral therapy (ART)* sebelum kehamilan atau semasa antenatal dan telah mencapai aras *viral load suppression <50 copies/ml*, mereka boleh memilih untuk bersalin secara normal (SVD).
  - 4.3.2 Selepas bersalin, uru tidak dibenarkan dibawa balik dan pihak hospital akan menguruskan pelupusan uru mengikut kaedah *universal precaution*.

- 4.3.3 Ibu dinasihatkan untuk menyusukan bayi dengan susu formula. Susu formula dibekalkan kepada yang layak secara percuma di fasiliti kerajaan sehingga bayi berusia 24 bulan. Walau bagaimanapun, sekiranya ibu masih berhasrat untuk menyusukan bayi dengan susu ibu, syarat-syarat berikut perlu dipatuhi:
- i) Ibu dan bayi perlu dirujuk kepada Pakar Perubatan Kanak-kanak sebelum dibenarkan menyusu badan;
  - ii) Ibu tidak mempunyai sebarang kecederaan/ jangkitan payudara (eg. *cracked nipple, ulcer, abcess, mastitis*);
  - iii) Viral load ibu hendaklah sentiasa < 50 copies/ml;
  - iv) Ujian PCR bayi hendaklah dipantau setiap bulan sehingga berhenti menyusu badan; dan
  - v) Penyusuan ibu hendaklah secara eksklusif. Penyusuan ibu secara campuran (*mixed feeding*) adalah tidak digalakkan.
- 4.3.4 Ibu dan pasangan hendaklah diberikan pendidikan mengenai kaedah merancang keluarga yang sesuai. Pemandulan (*bilateral tubal ligation*) bukanlah satu kemestian dan hanya dipertimbangkan untuk ibu HIV positif yang mempunyai indikasi perubatan. Pemandulan hanya boleh dilakukan dengan persetujuan ibu dan suami.
- 4.4 Bagi ibu mengandung yang dikesan positif Sifilis:
- 4.4.1 Ibu mengandung yang berisiko tinggi dan mempunyai keputusan ujian RPR negatif perlu menjalani ujian ulangan di antara minggu ke 28 hingga 32.
  - 4.4.2 Ibu mengandung yang tidak mempunyai rekod jagaan antenatal (*unbooked/unscreened*), ujian saringan Sifilis perlulah dilakukan dengan segera semasa kelahiran.
  - 4.4.3 Ibu mengandung yang disahkan Sifilis positif hendaklah diberi rawatan yang lengkap mengikut rejimen yang sesuai dengan fasa jangkitan mereka. Rawatan pilihan utama adalah rejimen berdasarkan Penicillin kerana ia amat berkesan untuk merawat ibu dan mencegah transmisi jangkitan Sifilis dari ibu-ke-anak.
  - 4.4.4 Ibu yang telah menerima rawatan, ujian pemantauan serologi (RPR) hendaklah dibuat setiap bulan selepas rawatan lengkap sehingga titer RPR turun “4-fold” atau “non-reactive”. Selepas itu, ujian RPR perlu diulang setiap 2 bulan sehingga kelahiran.

- 4.4.5 Ujian RPR juga perlu diulang sejurus selepas kelahiran bagi membolehkan perbandingan dibuat ke atas aras titer bayi baru lahir terhadap titer ibu.
- 4.4.6 Bagi semua kelahiran mati (*stillbirth*), ujian RPR mesti dilakukan sebagai sebahagian daripada ujian ToRCHes (*Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes & Syphilis*). Jika ujian RPR reaktif dan TPPA/TPHA positif, bayi yang dilahirkan mati mesti dinotifikasikan sebagai '*syphilitic stillbirth*'.
- 4.4.7 Definisi kes *Congenital Syphilis* juga telah ditambahbaik berpandukan kepada definisi surveyan yang dikeluarkan oleh *Global Guidance on Criteria and Processes for Elimination of Mother-To-Child Transmission of HIV and Syphilis, WHO, 2017* dan *Center for Disease Control (CDC, Atlanta, 2018)*. Kes-kes *Congenital Syphilis* perlu dinotifikasikan sebagai '*probable*', '*confirmed*' atau '*syphilitic stillbirth*' seperti mana yang tertakluk kepada keperluan notifikasi di dalam Akta Kawalan Penyakit Berjangkit 342.
- 4.5 Semua kes yang dinotifikasikan sebagai *Congenital Syphilis* hendaklah disiasat menggunakan borang siasatan kes *Congenital Syphilis CS/MOH/2018/02* (Rev.2021/01) (**Rujuk Lampiran 1**). Kerjasama daripada Pakar O&G, Pakar Pediatrik, Pakar *Infectious Disease* (ID), Pakar Dermatologi dan Pakar Perubatan Keluarga diperlukan untuk melengkapkan maklumat rawatan ibu, suami dan anak pada borang siasatan tersebut.

Penyiasatan kes *Congenital Syphilis* hendaklah disempurnakan oleh pihak Pejabat Kesihatan Daerah/ Jabatan Kesihatan Negeri dalam tempoh empat belas (14) hari dari tarikh penerimaan notifikasi.

- 4.6 Bagi membantu menyampaikan maklumat dengan cepat dan jelas, infografik-infografik berkaitan pendidikan kesihatan kepada ibu mengandung (**Rujuk Lampiran 2**) boleh dimuat turun melalui laman sesawang [www.moh.gov.my](http://www.moh.gov.my) dan media sosial KKM.

## 5. GARIS PANDUAN PENGUKUHAN PROGRAM PENCEGAHAN JANGKITAN HIV DAN SIFILIS DARI IBU-KE-ANAK, EDISI KEDUA

- 5.1 Garis panduan ini terbahagi kepada dua bahagian iaitu (i) Garis panduan pengukuhan program pencegahan jangkitan HIV dari ibu-ke-anak; dan (ii) Garis panduan pengukuhan program pencegahan jangkitan Sifilis dari ibu-ke-anak.

5.2 Garis panduan ini perlu digunakan sebagai rujukan untuk pengukuhan program pencegahan jangkitan HIV dan Sifilis dari ibu-ke-anak di semua fasiliti kesihatan awam dan swasta di seluruh negara.

## 6. TARIKH KUATKUASA PELAKSANAAN

Arahan di dalam Surat Pekeliling ini adalah berkuatkuasa mulai tarikh surat ini dikeluarkan.

## 7. PERTANYAAN

Sebarang pertanyaan boleh dikemukakan kepada:

Bahagian Kawalan Penyakit,  
Kementerian Kesihatan Malaysia,  
Aras 3, Blok E10, Parcel E, Presint 1,  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,  
62590 Wilayah Persekutuan, Putrajaya.  
Tel : 03-8883 4527/ Faks : 03-8883 4150

## 8. PENUTUP

YBhg. Datuk / Dato'Indera / Dato'/ Tuan / Puan adalah bertanggungjawab untuk memastikan pekeliling ini dihebahkan dan dipatuhi. Latihan dalam perkhidmatan bagi tujuan pembangunan kapasiti perlu dijalankan di peringkat fasiliti, daerah atau negeri. Pihak swasta dan badan-badan bukan kerajaan (NGO) yang berkaitan juga perlu dilibatkan.

Komitmen serta kerjasama dari semua pihak adalah diperlukan bagi pengukuhan Program Jangkitan HIV dan Sifilis dari ibu-ke-anak dan status eliminasi kebangsaan dapat terus dikekalkan.

Sekian, terima kasih.

**"PRIHATIN RAKYAT: DARURAT MEMERANGI COVID-19"**

**"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"**

*Saya yang menjalankan amanah,*

  
**(TAN SRI DATO' SERI DR. NOOR HISHAM BIN ABDULLAH)**

## **SENARAI EDARAN**

**Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)**

**Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)**

**Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan & Sokongan Teknikal)**

**Pengarah Kanan Perkhidmatan Farmasi**

**Pengarah Kanan Kesihatan Pergigian**

**Pengarah  
Bahagian Kawalan Penyakit**

**Pengarah  
Bahagian Perkembangan Perubatan**

**Pengarah  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga**

**Pengarah  
Bahagian Perkembangan Kesihatan Awam**

**Pengarah  
Bahagian Pendidikan Kesihatan**

**Pengarah  
Bahagian Kejururawatan**

**Pengarah  
Makmal Kesihatan Awam Kebangsaan**

**Pengarah  
Institut Penyelidikan Perubatan**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Perak**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan WP Kuala Lumpur & Putrajaya**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Johor**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah**

**Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan WP Labuan**

**Pengarah  
Hospital Kuala Lumpur**

**Pengarah  
Hospital Tuanku Azizah, Kuala Lumpur**

**Pengarah  
Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM)**

**Pengarah  
Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM)**

**Pengarah  
Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM)**

**Ketua Pengarah Perkhidmatan Kesihatan  
Markas Angkatan Tentera Malaysia**

**Presiden  
Persatuan Perubatan Malaysia**

**Presiden  
Akademi Kedoktoran Keluarga Malaysia**

**Presiden  
Persatuan Hospital Swasta Malaysia**

**Presiden  
Pertubuhan Doktor-Doktor Primary Care Malaysia**



**MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA**  
**CONGENITAL SYPHILIS INVESTIGATION FORM (CSIF)**  
CS/MOH/2018/02 (Rev.2021/01)

**REPORTING DETAILS:**

**State Health Department**

**District Health Office**

**Health Facility**

**PART 1: MATERNAL INFORMATION**

1.	Name																																													
2.	IC No. /Police No. / Army No./ Others	<input type="checkbox"/> IC No. <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<input type="checkbox"/> Others Passport No. <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<input type="checkbox"/> Unknown		
3.	Age (in years)																																													
4.	Current address																																													
5.	Citizenship	<input type="checkbox"/> Citizen	<input type="checkbox"/> Non-citizen legal	<input type="checkbox"/> Non-citizen illegal	<input type="checkbox"/> Unknown																																									
6.	Ethnicity	<input type="checkbox"/> Malay	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Indian	<input type="checkbox"/> Orang Asli																																									
		<input type="checkbox"/> Bumiputera Sabah. Specify: .....																																												
		<input type="checkbox"/> Bumiputera Sarawak. Specify: .....																																												
		<input type="checkbox"/> Other citizens. Specify: .....																																												
		<input type="checkbox"/> Other non-citizens. Specify: .....																																												
		<input type="checkbox"/> Unknown																																												
7.	Marital status	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Unknown																																									
8.	Occupation																																													
9.	Risk factor	<input type="checkbox"/> Sex worker	<input type="checkbox"/> Intravenous Drug User	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Unknown																																									
		<input type="checkbox"/> Others. Specify .....																																												

**Antenatal history**

10.	Parity	Gravida:	Para:			
11.	LMP	<input type="checkbox"/> Sure	OR	<input type="checkbox"/> Unsure of date (dd-month-yyyy) :		
12.	EDD /REDD	(dd-month-yyyy) :				
13.	Antenatal booking	<input type="checkbox"/> Booked	<input type="checkbox"/> Unbooked			
14.	Date of 1 <sup>st</sup> ANC booking	(dd-month-yyyy) :	15. POA (weeks) at first ANC booking:			
16.	Place of 1 <sup>st</sup> ANC booking					

**Mother's screening status**

17.	Mother's Syphilis status	<input type="checkbox"/> New case	<input type="checkbox"/> Old case	<input type="checkbox"/> Unknown			
18. - 19.	Mother's Syphilis serology <b>(Pretreatment).</b> If done during postpartum, please mention.	Gestation	VDRL/RPR			TPPA/TPHA	
			(Date)	(Result)	(Titre)	(Sampling Date)	(Result Date)
		1.					
		2.					
		3.					
4.							
20.	Clinical staging of Syphilis	<input type="checkbox"/> Primary syphilis	<input type="checkbox"/> Secondary syphilis	<input type="checkbox"/> Early latent syphilis	<input type="checkbox"/> Late latent syphilis		
		<input type="checkbox"/> Neurosyphilis	<input type="checkbox"/> Unknown				
21.	Mother's HIV status	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Unknown			
22.	Type of harm reduction	<input type="checkbox"/> Condom	<input type="checkbox"/> NSEP	<input type="checkbox"/> MMT	<input type="checkbox"/> PrEP	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unknown

Mother's treatment status							
23.	Mother's treatment status	<input type="checkbox"/> Treated	<input type="checkbox"/> Untreated	1 <sup>st</sup> dose (Date)	2 <sup>nd</sup> dose (Date)	3 <sup>rd</sup> dose (Date)	Remarks
24. - 25.	Treatment regime for Syphilis during pregnancy	Regime					
		IM Benzathine Penicillin 2.4 MU					
		IM Benzathine Penicillin 2.4 MU (if more than one cycle)					
Others: Please specify the regime, date and duration of treatment.							
Mother's serologic response monitoring (post treatment)							
26. - 29.	Monitoring of mother's Syphilis serology (Post-treatment).  If done during postpartum, please mention.	Gestation		Duration (Post Completed Treatment)	VDRL/RPR		Remarks
		1.			(Date)	(Titre)	
		2.					
		3.					
		4.					
		5.					
		6.					
		7.					
		8.					
30.	Mother's Syphilis serology at delivery	9.					
PART 2: PATERNAL INFORMATION							
31.	Name						
32.	IC No. /Army No./ Police No. /Others	<input type="checkbox"/> IC No. <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div> <input type="checkbox"/> Army No. /Police No. <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>			<input type="checkbox"/> Others Passport No. <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div> <input type="checkbox"/> Unknown		
33.	Age (in years)						
34.	Citizenship	<input type="checkbox"/> Citizen	<input type="checkbox"/> Non-citizen legal	<input type="checkbox"/> Non-citizen illegal	<input type="checkbox"/> Unknown		
35.	Ethnicity	<input type="checkbox"/> Malay	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Indian	<input type="checkbox"/> Orang Asli		
		<input type="checkbox"/> Bumiputera Sabah. Specify: .....					
		<input type="checkbox"/> Bumiputera Sarawak. Specify: .....					
		<input type="checkbox"/> Other citizens. Specify: .....					
		<input type="checkbox"/> Other non-citizens. Specify: .....					
		<input type="checkbox"/> Unknown					
36.	Occupation						
37.	Risk factor	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Intravenous drug user	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Others. Specify:	
38.	Father's Syphilis serology	VDRL/RPR		TPPA/TPHA		Remarks	
		(Date)	(Titre)	(Date)	(Result)		
39.	Treatment regime for Syphilis	Regime		1 <sup>st</sup> dose (Date)	2 <sup>nd</sup> dose (Date)	3 <sup>rd</sup> dose (Date)	Remarks
		IM Benzathine Penicillin 2.4 MU					
		Others; Please specify the regime, date and duration of treatment.					
40.	Father's HIV status	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Unknown			
41.	Type of harm reduction	<input type="checkbox"/> Condom	<input type="checkbox"/> NSEP	<input type="checkbox"/> MMT	<input type="checkbox"/> PrEP	<input type="checkbox"/> None	

### **PART 3: INFANT/ CHILD INFORMATION**

PART C: INFANT/ CHILD INFORMATION										
42.	Infant/Child's Name									
43.	Identification (MyKid / Mother's IC No.)	<input type="text"/>								
44.	Place of birth	<input type="checkbox"/> Govt. Hospital	<input type="checkbox"/> Private Hospital	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Others. Specify .....					
45.	Date of birth	(dd-month-yyyy) :				46. Gestational age at birth (weeks) :				
47.	Type of delivery	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> LSCS <input type="checkbox"/> Assisted (forceps/ vacuum/ etc.); please specify:								
48.	Delivery outcome	<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Abortion				49. Birth weight (kg) :				
50.	If stillbirth, any Syphilis screening test done on mother?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not done If YES, result: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> NA								

**Infant's/ Child's screening status**

51.	Child's Syphilis serology at delivery	VDRL/RPR		TPPA/TPHA		Remarks
		(Date)	(Result)	(Titre)	(Date)	
52.	Clinical signs of Congenital Syphilis?	Condylomata lata		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Snuffles		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Syphilitic skin rash		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Hepatosplenomegally		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Jaundice/Hepatitis		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Pseudo paralysis		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Edema		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
		Others, please specify				
53.	Long bone x-rays abnormalities?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not done		If yes, please specify:		
54.	CSF examination?	CSF VDRL		<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Not done
		CSF WBC		<input type="checkbox"/> Increased	<input type="checkbox"/> Not increased	<input type="checkbox"/> Not done
		Specify result ..... unit/mm <sup>3</sup>				
		CSF protein		<input type="checkbox"/> Increased	<input type="checkbox"/> Not increased	<input type="checkbox"/> Not done
		Specify result ..... mg/dL				

**Infant's /Child's treatment status**

55.	Infant's treatment status	<input type="checkbox"/> Treated <input type="checkbox"/> Untreated
56.	Date of 1 <sup>st</sup> dose	(dd-month-yyyy) :
57.	Treatment regime for Syphilis	Please specify the regime, dose and duration of treatment

#### **Infant's /Child's serologic response monitoring (post treatment)**

60.	12 <sup>th</sup> month											
61.	18 <sup>th</sup> month											
62.	24 <sup>th</sup> month											

**FOR PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE USE:** Active surveillance for congenital syphilis should be maintained until 12 months for sero-positive untreated infants (probable case) and up to 24 months for treated infants (confirmed case) for clinical and serology monitoring including 6 monthly lumbar puncture till CSF WBC count falls within normal range. In the case of sero-positive untreated infants, the VDRL/RPR should reduce by the age of 3-months-old and subsequently disappear by 6 months of life. If the titer increases four-fold or more by 3-month-old, OR remain positive by 6-months-old, OR TPPA remain positive by 1-year-old, OR symptoms and signs persist or recur upon monitoring, treatment for congenital syphilis should be initiated.

#### PART 4: WHO SURVEILLANCE CASE CLASSIFICATION

63.	Mother's Syphilis treatment status	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Not adequate <input type="checkbox"/> Not treated
64.	Infant's case classification	<input type="checkbox"/> Probable Congenital Syphilis <input type="checkbox"/> Confirmed Congenital Syphilis <input type="checkbox"/> Syphilitic stillbirth <input type="checkbox"/> Not a case

#### OFFICER VERIFICATION

**Remarks:**

**Signature:**

**Date:**

**Name of reporting officer:**

**Designation:**

**Notes: All investigations must be completed within two (2) weeks after diagnosis of Congenital Syphilis is notified.**

Infants should be evaluated if they were born to sero-positive mothers who:	Congenital Syphilis Surveillance Data management: (i) District Health Office, HIV/STI/Hep C Unit (1 copy) (ii) State Health Department, HIV/STI/Hep C Unit (1 copy) (iii) Ministry of Health, HIV/STI/Hep C Sector (1 copy)
1. Have untreated Syphilis 2. Were treated for Syphilis for less than 1 month before delivery 3. Were treated for Syphilis during pregnancy with non-Penicillin regime 4. Did not have the expected decrease in RPR titre after treatment 5. Were treated but had insufficient serology follow-up during pregnancy to assess disease activity.	

HIV adalah sejenis retrovirus yang menyebabkan sistem ketahanan tubuh menjadi lemah sehingga sukar melawan jangkitan kuman, dijangkiti melalui pertukaran cecair tubuh termasuk darah, air mani, cecair faraj dan susu ibu.

Maklumat anda tidak akan didedahkan kepada sesiapa tanpa persetujuan anda.

Penting bagi pasangan anda untuk turut disaring dan mendapatkan rawatan.

Pemilihan kaedah kelahiran yang sesuai sama ada secara normal atau pembedahan adalah bergantung kepada kepuatan ibu terhadap rawatan dan tahap viral load semasa kehamilan.

Untuk mengurangkan risiko transmisi jangkitan dari ibu ke anak, penyusuan dengan susu formula adalah disarankan. Sekiranya ingin menyusu badan, ibu dan bayi perlu dirujuk ke Pakar Pediatrik terlebih dahulu.

Jangkitan dari ibu ke anak boleh berlaku ketika mengandung, semasa kelahiran dan melalui susu ibu.

Ibu mengandung disarankan untuk menjalani ujian saringan HIV ketika pemeriksaan kandungan pada trimester pertama.

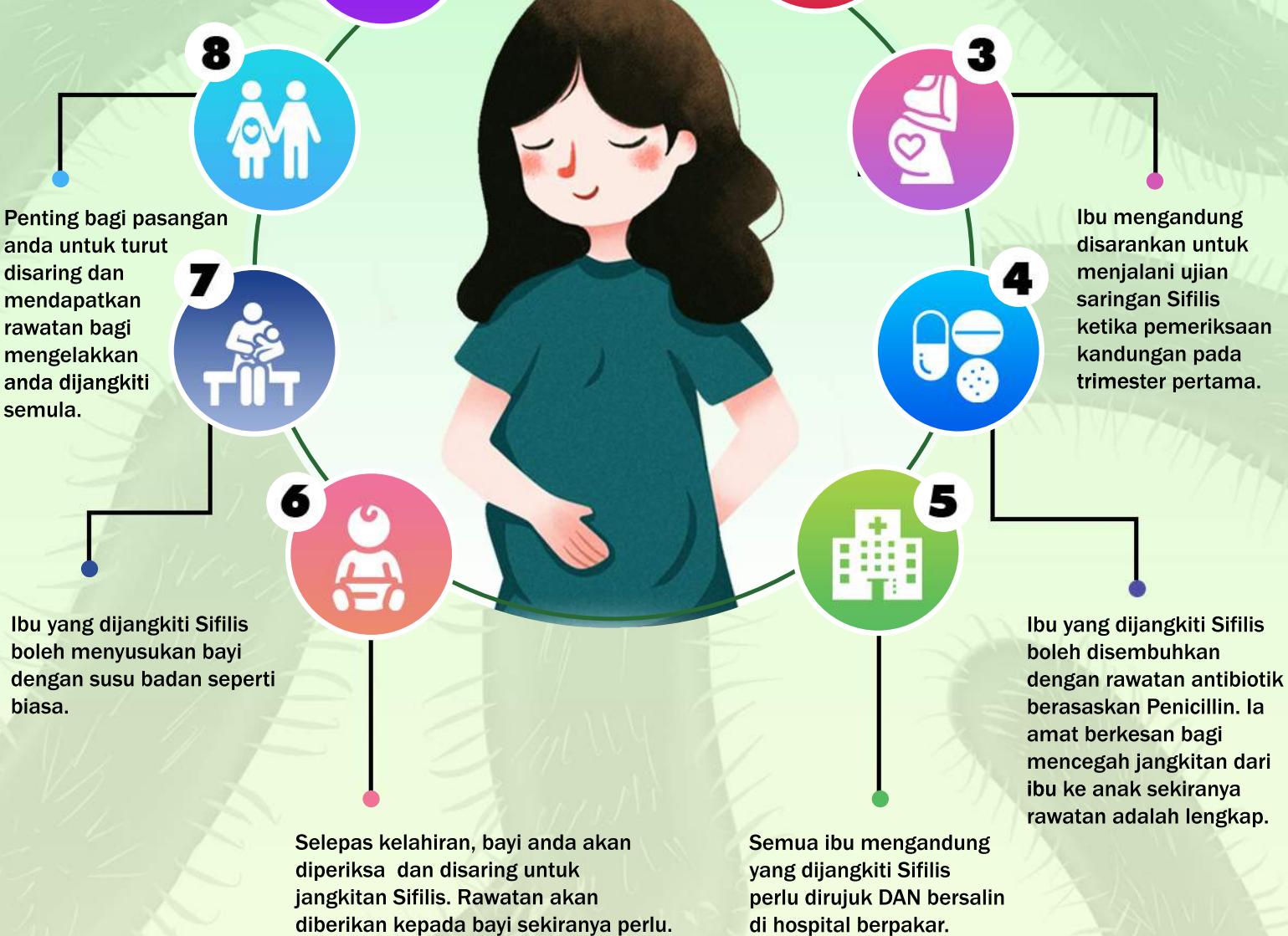
Ibu mengandung yang disahkan positif HIV akan diberi rawatan antiretroviral (ARV). Ubat ini mampu mengurangkan kadar transmisi virus.

Semua ibu mengandung yang dijangkiti HIV perlu dirujuk DAN bersalin di hospital berpakar.

# MAKLUMAT MENGENAI SARINGAN SIFILIS UNTUK IBU MENGANDUNG

Sifilis adalah penyakit yang disebabkan oleh jangkitan bakteria *Treponema Pallidum*. Penyakit ini boleh dicegah dan diubati.

Maklumat anda tidak akan didedahkan kepada sesiapa tanpa persetujuan anda.



# MAKLUMAT KHUSUS BAGI IBU MENGANDUNG YANG DIJANGKITI HIV

1

Terdapat rawatan (HAART) yang dapat mengurangkan jumlah virus dalam tubuh supaya sistem imun tubuh dapat berfungsi seperti biasa.



2

Bagi wanita mengandung yang menerima rawatan dan jagaan antenatal yang baik, risiko untuk menularkan jangkitan ini kepada bayi amatlah rendah, iaitu kurang dari 0.5% (5 dalam setiap 1,000 bayi).

3

Tanpa rawatan, ibu yang dijangkiti HIV berpotensi untuk mengalami jangkitan serius dan komplikasi apabila sistem imun tubuh terjejas.



4

Ubat *antiretroviral* yang diberi bertujuan untuk mengurangkan jumlah virus dan ubat ini adalah selamat untuk ibu dan anak di dalam kandungan.

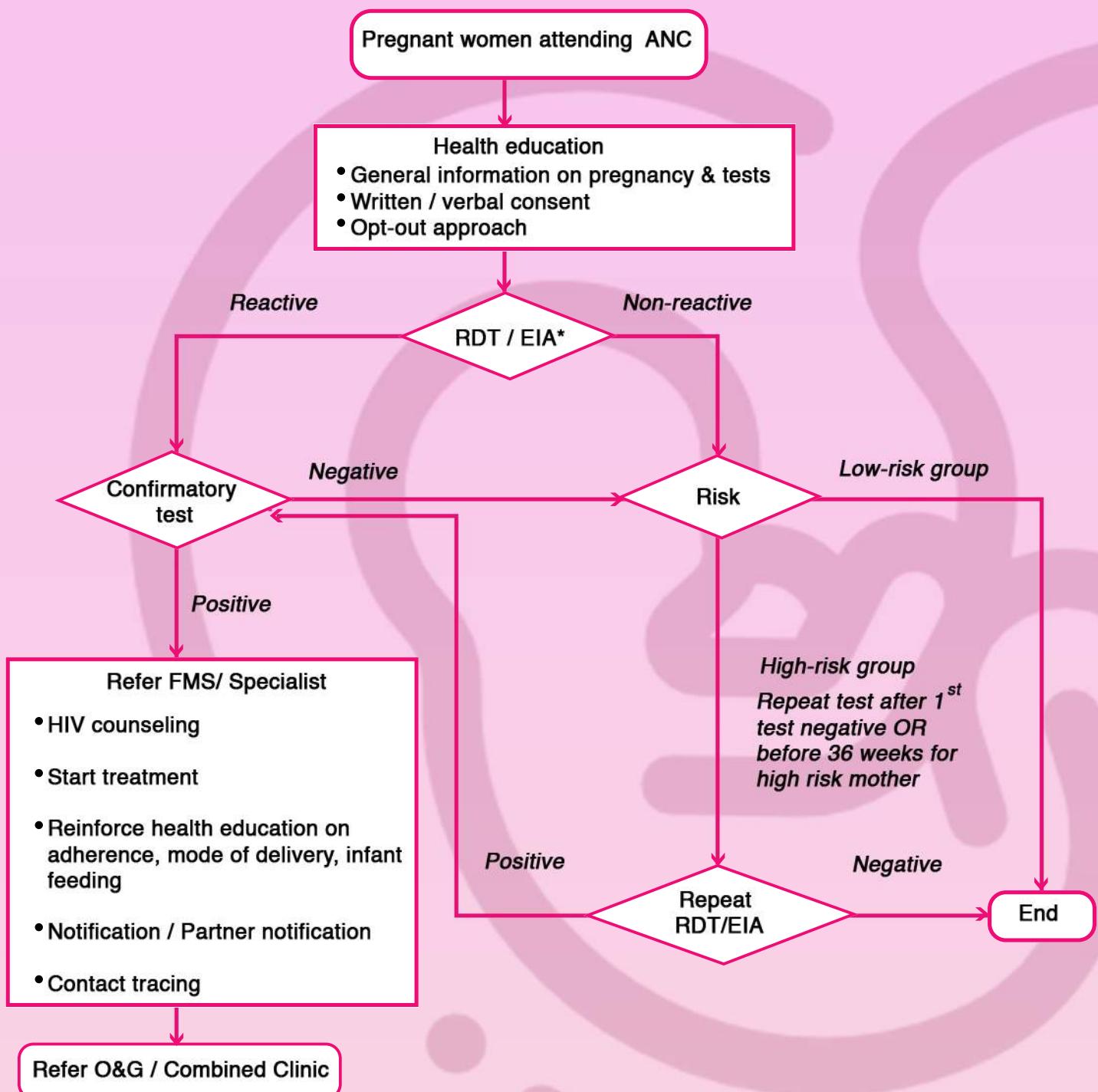
5

Kaedah kelahiran yang sesuai bergantung kepada *viral load* dalam darah. Ibu boleh melahirkan anak secara normal jika mencapai *viral load suppression <50 copies/ml*.



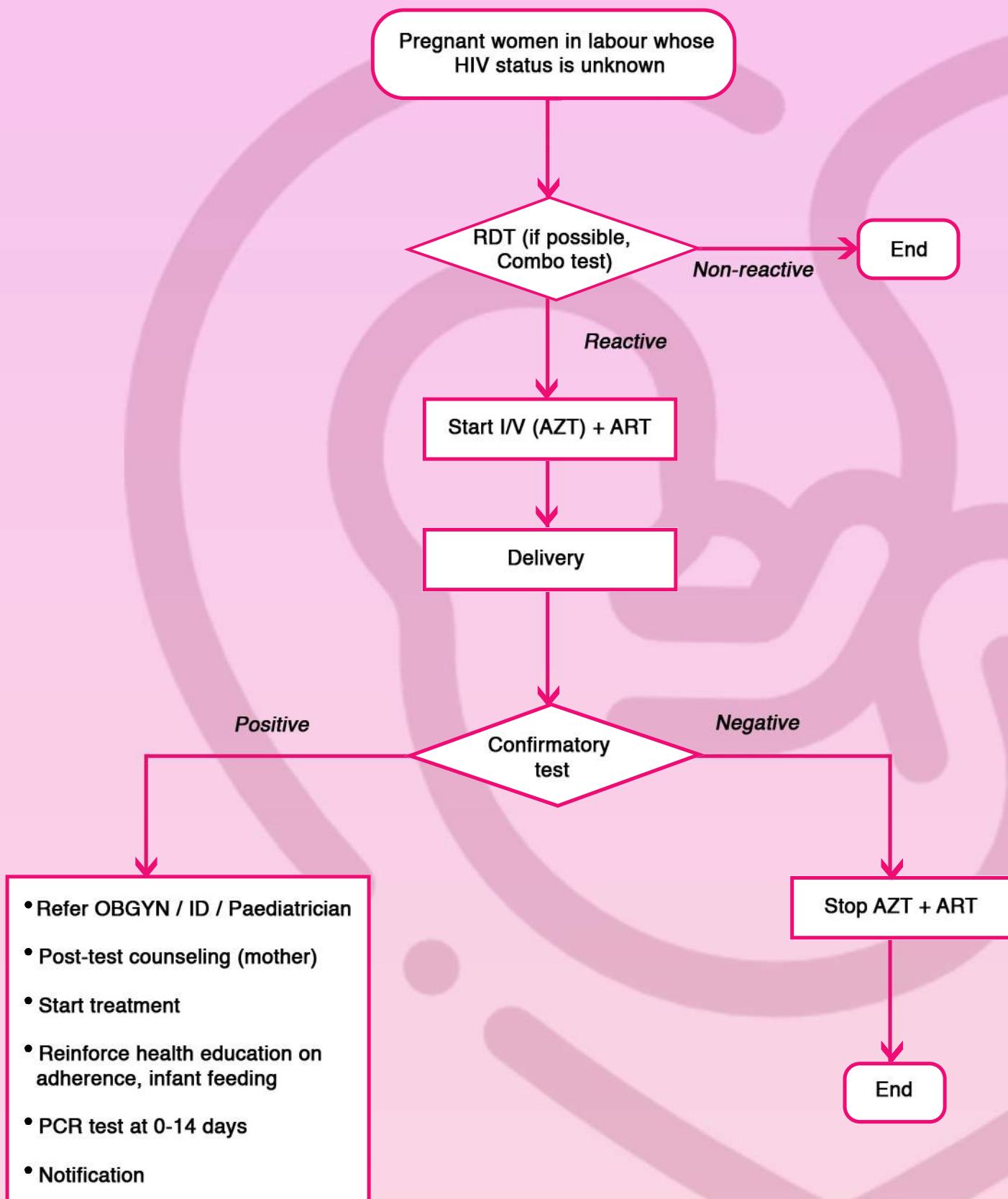
6

Ibu dijangkiti HIV berisiko untuk menjangkiti anak melalui penyusuan susu badan. Ibu dinasihatkan untuk menggunakan susu formula.



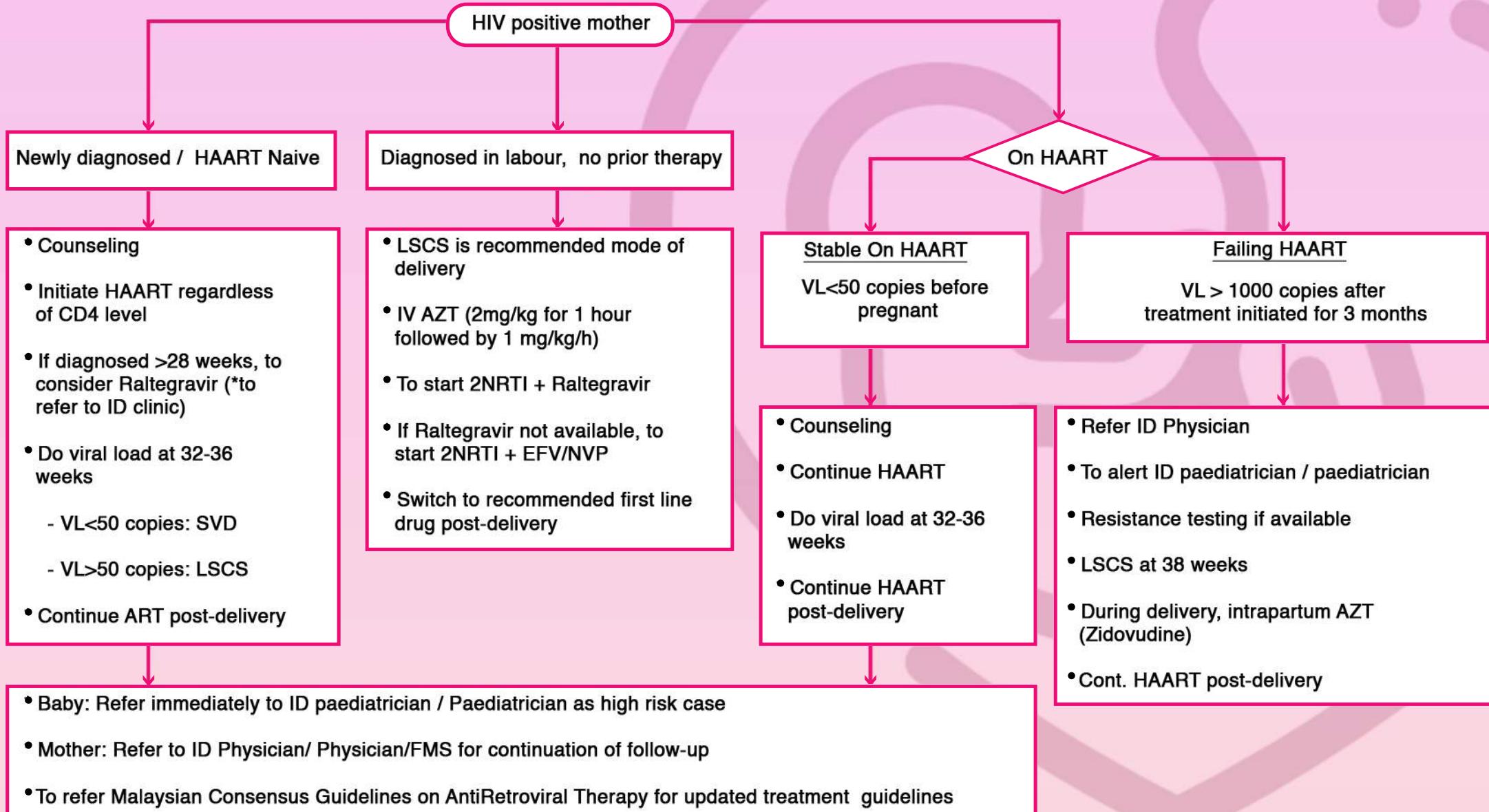
- Examples of High-Risk Mother:**
- Women whose past or present sexual partners were HIV infected, bisexual or injecting drug use
  - Women seeking treatment for sexually transmitted infections (STI)
  - Commercial sex worker
  - Women with past or present history of injecting drug
  - Women with history of blood transfusion before 1986
  - Unprotected vaginal or anal intercourse with more than one sex partner

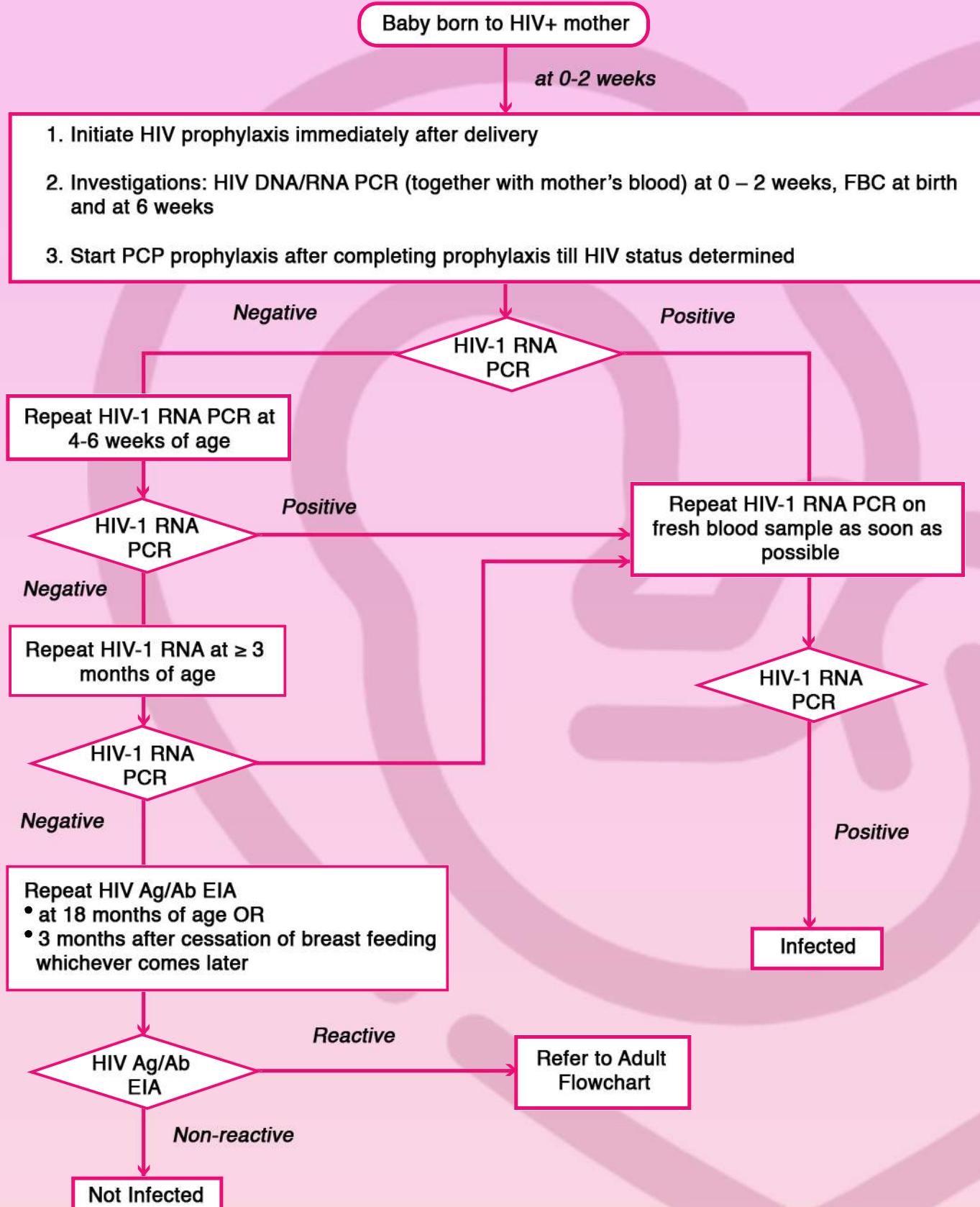
- RDT : Rapid Diagnostic Test
- EIA : Enzyme Immunoassay



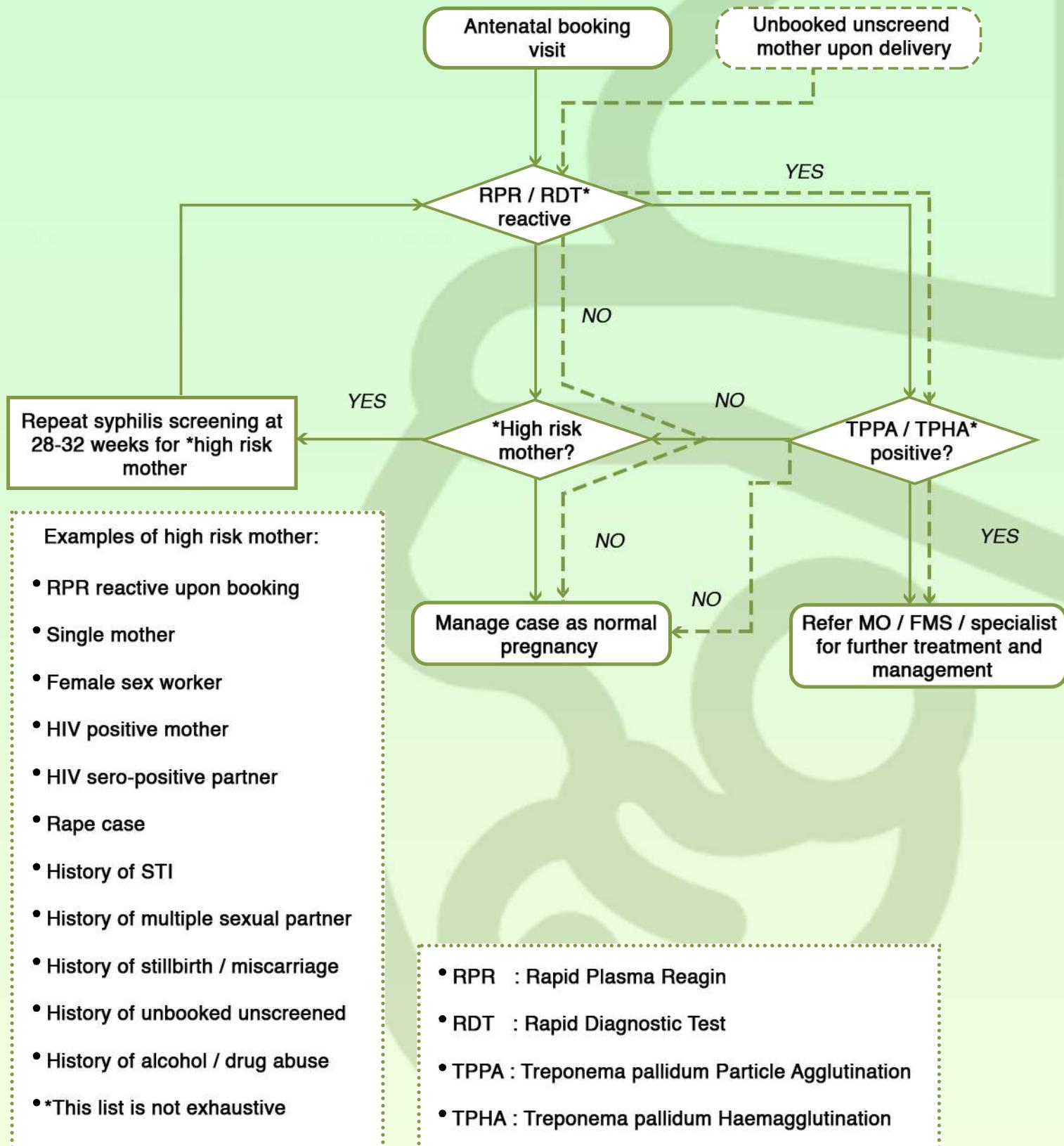
# 3

## MANAGEMENT OF HIV IN PREGNANCY





Note: HIV RNA test: 2.5mls of blood in EDTA. Specimen need to be transported at ambient temperature as soon as possible to IMR KL (Virology). If unable to send within 24 hours, keep specimen at 2-8°C (maximum of 3 days). DO NOT FREEZE



RDT screening for following cases or situation:

1. Hard to reach population for example *Orang Asli*, Sabah or Sarawak rural areas, etc.
2. Klinik kesihatan / Klinik Ibu dan Anak without lab facilities to perform RPR / VDRL tests.
3. Late bookers at third trimester ( $> 28$  weeks pregnant)
4. High risk mothers

- Repeat test after 1 month if late booker OR
- Repeat test at 28 - 32 weeks of gestation if high risk

- Health Education
- Informed consent

- Blood withdrawal for RPR / VDRL test with titer reading and Rapid Diagnostic Test (RDT)

YES

Late booker /  
High risk?

Negative

RDT Test

Positive

- Refer Family Medicine Specialist / Medical Officer to initiate treatment (first dose) on the same day

NO

Non-reactive

Check RPR  
test result

Reactive

- TPHA / TPPA test (by lab)
- Give treatment (2nd & 3rd dose) for mothers with syphilis in late latent phase / history of receiving treatment for more than 2 years / no documentation of previous treatment / unknown treatment period

Manage case according  
to 'no risk' pregnancy care

Negative

Check TPHA/  
TPPA test result

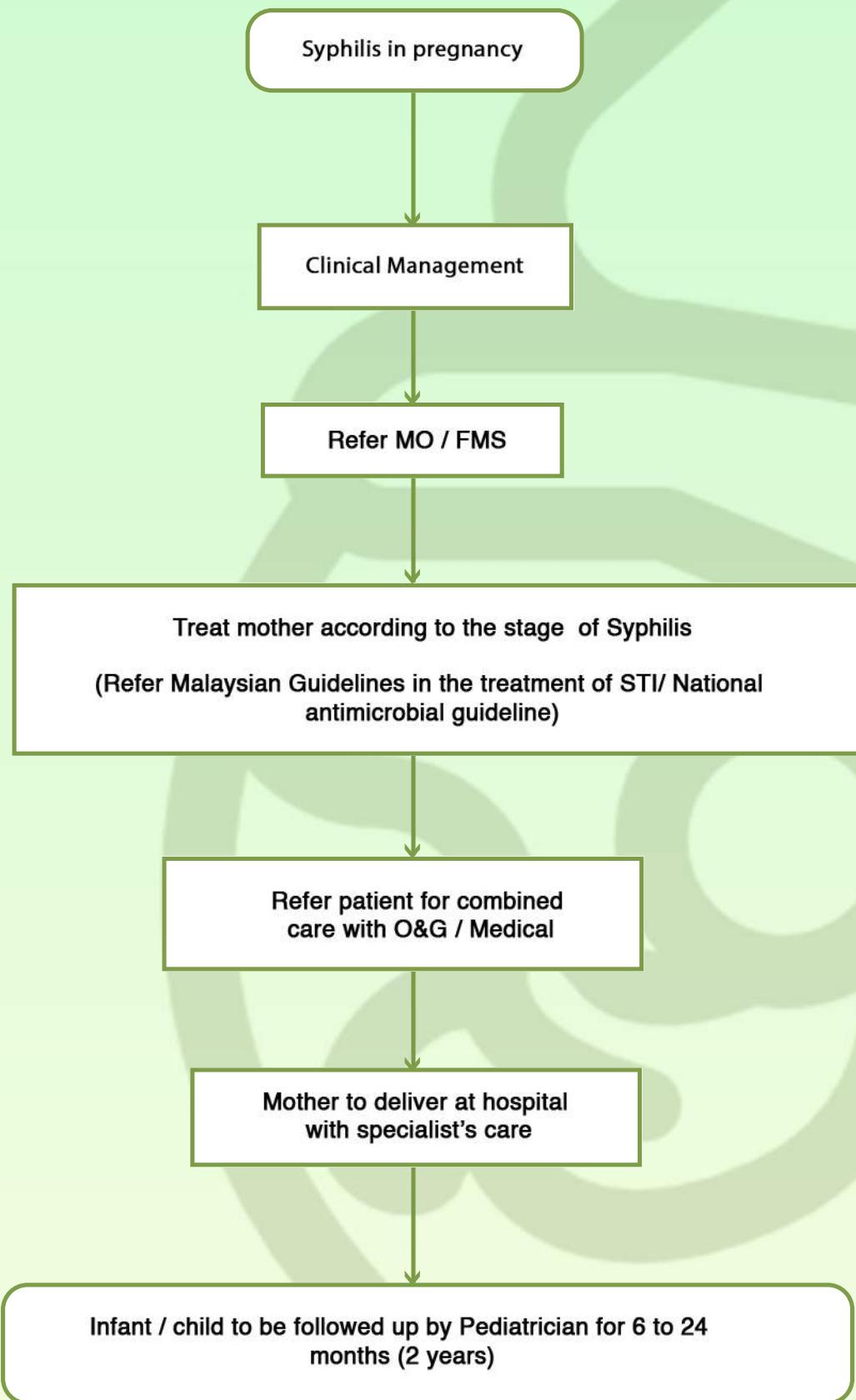
Positive

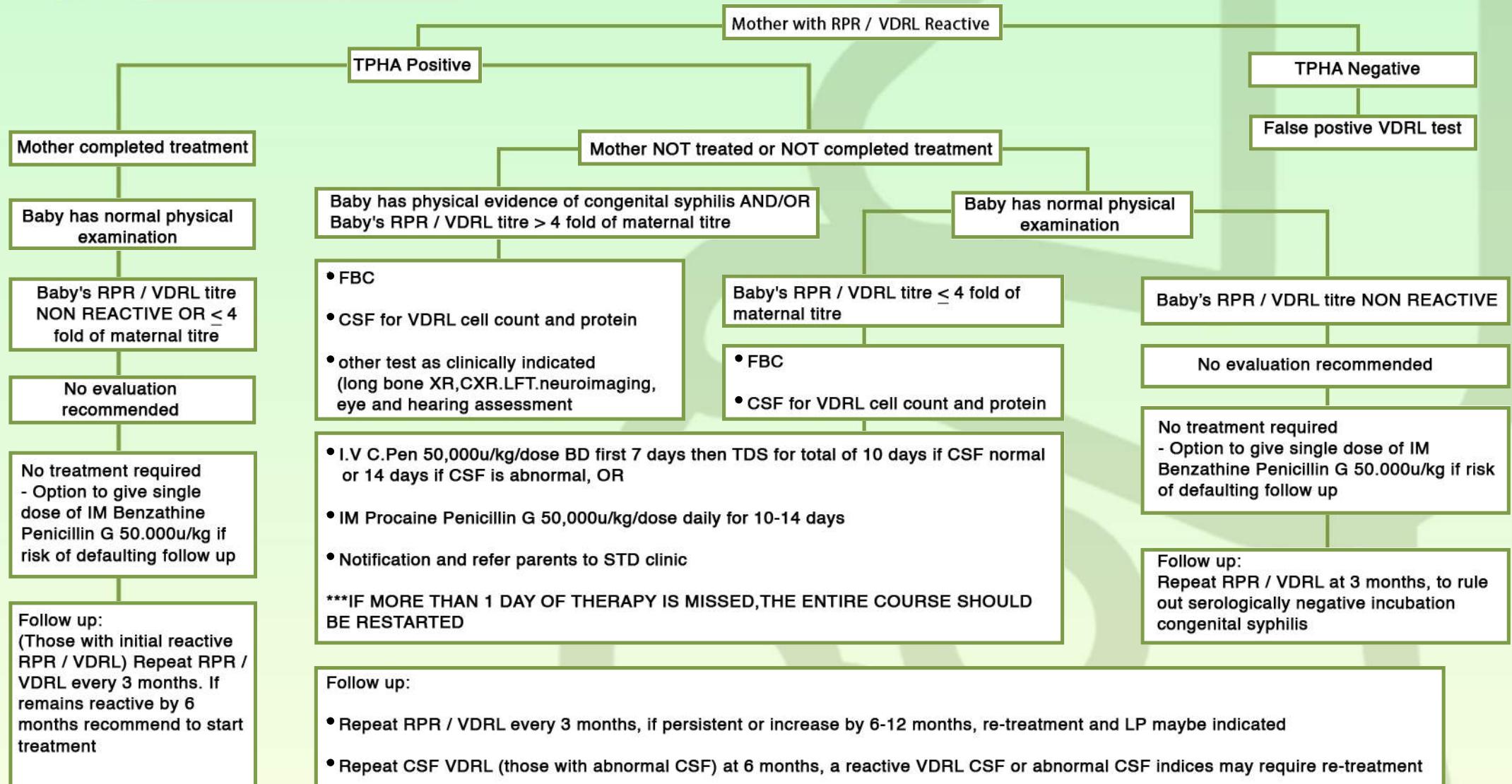
Refer Specialist Hospital ( O&G specialist / Dermatologist / Infectious Disease specialist / Pediatrician ) for Syphilis treatment plan during pregnancy and for delivery  
Notify and contact tracing

### High risk pregnancy:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| • Unmarried pregnant ladies          | • History of abortion / stillbirth  |
| • Sex worker                         | • Rape case   |
| • History of HIV                     | • History of alcohol and drug consumption                                 |
| • History of STI                     | • Having sexual partners with Syphilis / HIV                              |
| • History of multiple sexual partner | • Other criteria deemed necessary based on evaluation by health personnel |

**Source:**  
**WHO Guideline on Syphilis screening and treatment for pregnant women (2017).**  
**Strategy C : On-site rapid syphilis test followed (if positive) by first dose and RPR test (pg.24).**



**4**
**MANAGEMENT OF BABIES BORN TO SYPHILIS  
POSITIVE WOMEN**


Excerpts: Paediatric Protocols for Malaysian Hospitals, 4th Edition, Ministry of Health, Malaysia, 2018. Section 2: Neonatology. Chapter 30: Congenital Syphilis, pg 169.

