

CASO SUSPEITO: Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresenta um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independente da situação vacinal, história prévia de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosa.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença TÉTANO ACIDENTAL		Código (CID10) A 3 5	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 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,...)		Código	
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
	33 Possível Causa 1 - Injeção 2 - Laceração 3 - Queimadura 4 - Cirúrgica 5 - Perfuração 6 - Escoriação 7 - Abortamento Séptico 8 - Outros 9 - Ignorado			34 Local da Lesão 1-Membros Inferiores 2-Membros superiores 3-Tronco 4-Cabeça/pescoço 5-Cavidade oral 9-Ignorado	
	35 Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetravalente) antes da lesão Número de Doses Aplicadas 1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Três+1 Reforço 5-Três+2 Reforços 6-Nunca Vacinado 9-Ignorado			36 Data da Última Dose	
Dados Clínicos	37 Profilaxia Pós - Ferimento Tratamento Específico e outras medidas: 1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum			39 Origem do Caso 1- Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito	
	38 Manifestações Clínicas Trismo Rigidez de Nuca Rigidez Abdominal Rigidez de Membros 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Crises de Contraturas Outros:				
	40 Ocorreu hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41 Data da Internação	42 UF	43 Município de Hospitalização	
Medidas de controle	44 Medidas de Controle 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Identificar população suscetível <input type="checkbox"/> Vacinação da população suscetível <input type="checkbox"/> Análise de cobertura vacinal por faixa etária				

Conclusão	45 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado			
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	46 Local provável da fonte de infecção <input type="checkbox"/> 1-Domicílio 2-Trabalho 3-Via Pública 4-Escola 5-Campo 6-Unidade de saúde 7-Outro local 9-Ignorado			
	47 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	48 UF <input type="checkbox"/>	49 País <input type="checkbox"/>	
	50 Município <input type="checkbox"/>	Código (IBGE) <input type="checkbox"/>	51 Distrito <input type="checkbox"/>	52 Bairro <input type="checkbox"/>
	53 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1- Cura 2- Óbito por tétano acidental 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado		54 Data do Óbito <input type="checkbox"/>	55 Data do Encerramento <input type="checkbox"/>

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde <input type="checkbox"/>	Cód. da Unid. de Saúde <input type="checkbox"/>	
	Nome <input type="checkbox"/>	Função <input type="checkbox"/>	Assinatura <input type="checkbox"/>
	Tétano Acidental	Sinan NET	SVS 27/09/2005