

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	TÉTANO ACIDENTAL		A 3 5		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
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	30 País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
33 Possível Causa		34 Local da Lesão			
1 - Injeção 2 - Laceração 3 - Queimadura 4 - Cirúrgica 5 - Perfuração 6 - Escoriação 7 - Abortamento Séptico 8 - Outros 9 - Ignorado		1-Membros Inferiores 2-Membros superiores 3-Tronco 4-Cabeça/pescoço 5-Cavidade oral 9-Ignorado			
Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetavalente) antes da lesão		Profilaxia Pós - Ferimento			
Dados Clínicos	35 Número de Doses Aplicadas	36 Data da Última Dose	37 Tratamento Específico e outras medidas:		
	1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Três+1 Reforço 5-Três+2 Reforços 6-Nunca Vacinado 9-Ignorado		1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum		
	38 Manifestações Clínicas	39 Origem do Caso			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Trismo Rigidez de Nuca Rigidez Abdominal Rigidez de Membros Crises de Contraturas Outros:	1 - Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito			
Medidas de controle	40 Ocorreu hospitalização	41 Data da Internação	42 UF	43 Município de Hospitalização	Código (IBGE)
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Medidas de controle	44 Medidas de Controle 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	Identificar população suscetível Vacinação da população suscetível Análise de cobertura vacinal por faixa etária				

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

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Assinatura		
Tétano Acidental		Sinan NET		SVS 27/09/2005	