

TÉTANO NEONATAL
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar a data do início da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
33. Informar se a mãe realizou alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez. (1= Uma, 2= Duas, 3= De 3 a 5, 4= 6 e mais, 5= Nenhuma ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Informar se a mãe foi vacinada contra tétano (1= Vacinada (comprovado pelo cartão) 2= Não Vacinada, ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informar a data da 1ª dose de vacina contra tétano [dT (Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 34=1.
36. Informar a data da 2ª dose de vacina contra tétano [dst(Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 34=1.
37. Informar a data da 3ª dose de vacina contra tétano [dT (Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 34=1.
38. Informar a data do último reforço da vacina contra tétano [dT(Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 34=1.
39. Informar a idade da mãe do recém-nascido. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Informar o número de gestações ocorridas (incluir a atual) (1= Uma, 2= Duas, 3= Três, 4= Quatro, 5= Cinco e mais ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Informar o local de ocorrência do parto (1= Hospital, 2= Domicílio, 3= Casa de Parto, 4=Outro e 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar quem realizou o parto (1= Médico, 2= Enfermeiro, 3= Auxiliar de Enfermagem, 4= Parteira Treinada, 5= Parteira Não Treinada, 6= Outro ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
44. Informar se o recém nascido sugou (mamou) normalmente após o nascimento (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
45. Informar quais os sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido: dificuldade de mamar (dificuldade em abrir a boca e/ou engolir), choro excessivo, inflamação/infecção no coto umbilical, crises de contraturas (contração ou repuxamento dos músculos), trismo (dificuldade em abrir a boca), riso sardônico (riso forçado e sarcástico), opistótono (corpo esticado, com a coluna arcada e com a cabeça e calcanhares voltado para trás), rigidez de nuca, rigidez muscular abdominal, rigidez de membros. (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
46. Informar a data do início do trismo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, se campo 45. Trismo=1.
47. Informar a origem da fonte de notificação do caso (1= Notificação, 2= Busca Ativa ou 3= Declaração de Óbito).
48. Informar se ocorreu hospitalização do recém-nascido em decorrência do tétano (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Informar se no local de residência da mãe está coberto pela Equipe de Saúde da Família (1= PACS, 2=PSF, 3= PACS/PSF, 4= Nenhum ou 5= Outro). **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Informar as principais medidas adotadas, diante a ocorrência do caso para evitar outros casos tais como: a atualização do esquema vacinal da mãe, busca ativa de outros casos suspeito, análise e intensificação da cobertura vacinal de mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes) de 12 a 49 anos de idade, cadastro e capacitação de parteiras atuantes, capacitação das Equipes de Saúde da Família, melhorar a cobertura e qualidade do pré-natal, divulgação do caso para os profissionais de saúde e para a população. (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Informar a classificação final do caso (1= Confirmado ou 2= Descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 62 estiver preenchido.
Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
52. Informar o local provável da fonte de infecção (1= Hospital, 2= Domicílio, 3= Casa de Parto, 4= Outro ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso confirmado.**
Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o Sinan preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.
54. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
55. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. Campo de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil ou no exterior, mas não é autóctone do município de residência.**
56. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
57. Informar o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) provável de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 52=1 ou 3.
58. Informar o nome do distrito onde ocorreu a provável fonte de infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Informar como evoluiu o caso após ter tido o tétano neonatal. (1= Cura, 2= Óbito por tétano neonatal, 3= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
61. **Informar a data do Óbito. CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo 60= 2 ou 3.

62. Informar a data do encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando campo 51 estiver preenchido.

Observações adicionais: relatar dados colhidos para complementar à investigação do caso.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.