SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°	
---	--

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

	SO SUSPEITO: Todo recém nascido que nasce bem, suga normalmente e que entre o 2º e o 28º dia após o nascimento
do	esenta dificuldade para sugar, irritabilidade e choro constante, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições parto; ito por causa desconhecida em recém-nascido entre o 2º e o 28º dia de vida.
	Tipo de Notificação 2 - Individual
Dados Gerais	2 Agravo/doença TÉTANO NEONATAL Código (CID10) A 3 3 Data da Notificação A 3 3
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas
_	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 14 Escolaridade 1 - Ignorado 12 - Gestante 12 Gestante 12 Gestante 14 Escolaridade 14 Escolaridade 15 - Ignorado 14 Escolaridade 15 - Ignorado 15 - Ignorado 16 - Ignorado 17 - Ignorado 17 - Ignorado 17 - Ignorado 17 - Ignorado 18 - Ignorado 18 - Ignorado 19 - Ign
Votificaçã	
~	15 Número do Cartão SUS
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
ência	20 Bairro Código Código
Dados de Residência	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1
Dados	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP
	28 (DDD) Telefone 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso
	31 Data da Investigação 32 Ocupação
Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	33 Número de Consultas de Pré-Natal 1-Uma 3-De 3 a 5 5-Nenhuma 34 Antecedentes Vacinais Contra Tétano 1- Vacinada (comprovado pelo cartão) 2- Não Vacinada 9- Ignorado
niológi	2-Duas 4-6 e mais 9-Ignorado 1- Vacinada (comprovado pelo cartão) 2- Não Vacinada 9- Ignorado Data das doses recebidas
Epiden	35 1° Dose 36 2° Dose 37 3° Dose 38 Último reforço 39 30 30 30 30 30 30 30
ecedente	39 Idade da Mãe 40 Número de Gestações (incluindo a atual) 1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Quatro 5-Cinco e mais 9-Ignorado
Ant	41 Escolaridade O-Analfabeto 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º à 8º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
S	42 Local de Ocorrência do Parto
entes icos (R	1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - Casa de Parto 4 - Outro 9 - Ignorado 43 Parto Atendido Por:
Antecedentes Epidemiológicos (RN)	1-Médico 3-Auxiliar de Enfermagem 5-Parteira Não Treinada 9-Ignorado 2-Enfermeiro 4-Parteira Treinada 6-Outro
A Epide	44 Sugou Normalmente Após o Nascimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Sc	45 Sinais e Sintomas Dificuldade de Mamar Trismo Rigidez de Nuca 46 Data do Trismo
Clinica	1 - Sim 2 - Não Choro Excessivo Contratura labial Rigidez Abdominal 9 - Ignorado
Dados Clínicos	Processo Inflamatório no Coto Umbilical Opistótono Rigidez de Membros Crises de Contraturas Outros:
	Tétano Neonatal Sinan NET SVS 27/09/2005

Atendiment	47 Origem do Caso 1 - Notificação 2 - Busca Ativa	3 - Declaração de Óbito	Ocorreu Hospitalização? - Sim 2 - Não 9 - Igno	orado
Contr.	1 - Sim Busca 2 - Não 9 - Ignorado Análise	ação do Esquema Vacinal da Ativa de outros casos de TNN o da CV da área e vacinação inada em MIF contra o tétanc	Orientação às Partidos com	turientes quanto para autoridades e profissionais de saúde
	51 Classificação final	1 - Confirmado	2 - Descartado	
Conclusão	Local Provável da Fonte de 52 Local provável da fonte de infe 1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - 6	cção	9 - Ignorado	53 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado
	54 UF 55 País	ĵĺ	56 Município	Código (IBGE)
	57 Unidade	Código	58 Distrito	59 Bairro
	60 Evolução do Caso 1 - Cura 3 - Óbito por outras causas	2 - Óbito por tétano neonatal 9 - Ignorado	61 Data do Óbito	62 Data do Encerramento
		Informações comple	mentares e observa	ções
bse	rvações Adicionais	Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	mentares e observa	ções
bse		Informações comple	mentares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
bse		Informações comple	ementares e observa	ções
		Informações comple	ementares e observa	
Investigador	rvações Adicionais	Informações comple		Cód. da Unid. de Saúd

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA______ ASSINATURA_____