

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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							
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
	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				
	Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetraivalente) antes da lesão				Profilaxia Pós - Ferimento			
Dados Clínicos	35 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		37 Tratamento Específico e outras medidas: 1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum		
	38 Manifestações Clínicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Trismo Rigidez de Nuca Crises de Contraturas Riso Sardônico Rigidez Abdominal Outros: Opistótono Rigidez de Membros			39 Origem do Caso 1- Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito				
	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 Identificar população suscetível Vacinação da população suscetível Análise de cobertura vacinal por faixa etária							

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____