

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 recém nascido que nasce bem, suga normalmente e que entre o 2º e o 28º dia após o nascimento apresenta dificuldade para sugar, irritabilidade e choro constante, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto;
Óbito por causa desconhecida em recém-nascido entre o 2º e o 28º dia de vida.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	TÉTANO NEONATAL		A 3 3		
Dados de Residência	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	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	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
Dados de Residência	22		Número		23
	24		Complemento (apto., casa, ...)		
	25		Geo campo 1		
Dados de Residência	26		Geo campo 2		
	27		Ponto de Referência		
	28		CEP		
Dados de Residência	29		(DDD) Telefone		
	30		Zona		
	31		País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	31	Data da Investigação	32	Ocupação
	33		Número de Consultas de Pré-Natal	
	34		Antecedentes Vacinais Contra Tétano	
Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	35		Data das doses recebidas	
	36		2ª Dose	
	37		3ª Dose	
Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	38		Último reforço	
	39		Idade da Mãe	
	40		Número de Gestações (incluindo a atual)	
Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	41		Escolaridade	
	42		Local de Ocorrência do Parto	
	43		Parto Atendido Por:	
Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	44		Sugou Normalmente Após o Nascimento	
	45		Sinais e Sintomas	
	46		Data do Trismo	

Atendimento	47 Origem do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Notificação 2 - Busca Ativa 3 - Declaração de Óbito			48 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			49 Local de residência coberto pelo: 1-PACS 2-PSF 3-PACS/PSF <input type="checkbox"/> 4-Nenhum 5- Outro		
	50 Medidas Adotadas <input type="checkbox"/> Atualização do Esquema Vacinal da Mãe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Busca Ativa de outros casos de TNN <input type="checkbox"/> Análise da CV da área e vacinação discriminada em MIF contra o tétano			<input type="checkbox"/> Cadastro e Capacitação de Parteiras atuantes <input type="checkbox"/> Orientação às Parturientes quanto aos cuidados com o coto umbilical <input type="checkbox"/> Outras _____			<input type="checkbox"/> Divulgação do problema para autoridades e profissionais de saúde		
Med. Contr.	51 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado <input type="checkbox"/>								
	Local Provável da Fonte de Infecção 52 Local provável da fonte de infecção <input type="checkbox"/> 1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - Casa de Parto 4 - Outro _____ 9 - Ignorado								
Conclusão	54 UF		55 País		56 Município		Código (IBGE)		
	57 Unidade		Código		58 Distrito		59 Bairro		
	60 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por tétano neonatal 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				61 Data do Óbito		62 Data do Encerramento		
	Informações complementares e observações								
Observações Adicionais <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>									
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome				Função		Assinatura		
Tétano Neonatal				Sinan NET		SVS 27/09/2005			

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____