

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						
Notificação Individual	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	
Dados de Residência	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante		
	14		Escolaridade		13		Raça/Cor		
	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		
	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				
Dados Clínicos	Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetravalente) antes da lesão			37				Tratamento Específico e outras medidas:
	35	Número de Doses Aplicadas		36	Data da Última Dose		1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum	
	1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Três+1 Reforço 5-Três+2 Reforços 6-Nunca Vacinado 9-Ignorado							
Medidas de controle	38	Manifestações Clínicas			39			Origem do Caso
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Trismo Riso Sardônico Opistótono Rigidez de Nuca Rigidez Abdominal Rigidez de Membros Crises de Contraturas Outros:			1- Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito	
	40	Ocorreu hospitalização		41	Data da Internação		42	UF
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado						43	Município de Hospitalização
							Código (IBGE)	
	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

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

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

Observações Adicionais

[Empty text area with 10 horizontal lines]

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

Tétano Acidental Sinan NET SVS 27/09/2005