

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	TÉTANO NEONATAL		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 3 3	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	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	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade			
	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 (Mãe)	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Número de Consultas de Pré-Natal 1-Uma 3-De 3 a 5 5-Nenhuma 2-Duas 4-6 e mais 9-Ignorado	34 Antecedentes Vacinais Contra Tétano 1- Vacinada (comprovado pelo cartão) 2- Não Vacinada 9- Ignorado		
	Data das doses recebidas			
	35 1ª Dose	36 2ª Dose	37 3ª Dose	38 Último reforço
Antecedentes Epidemiológicos (RN)	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		
	41 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 à 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			
	42 Local de Ocorrência do Parto 1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - Casa de Parto 4 - Outro _____ 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	43 Parto Atendido Por: 1-Médico 3-Auxiliar de Enfermagem 5-Parteira Não Treinada 9-Ignorado 2-Enfermeiro 4-Parteira Treinada 6-Outro _____			
	44 Sugou Normalmente Após o Nascimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
45 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Dificuldade de Mamar <input type="checkbox"/> Trismo <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Choro Excessivo <input type="checkbox"/> Contratura labial <input type="checkbox"/> Rigidez Abdominal <input type="checkbox"/> Processo Inflamatório no Coto Umbilical <input type="checkbox"/> Opistótono <input type="checkbox"/> Rigidez de Membros <input type="checkbox"/> Crises de Contraturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				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 coberta pelo: <input type="checkbox"/> 1-PACS 2-PSF 3-PACS/PSF 4-Nenhum 5- Outro_____
	50 Medidas Adotadas <input type="checkbox"/> Atualização do Esquema Vacinal da Mãe <input type="checkbox"/> Cadastro e Capacitação de Parteiras atuantes <input type="checkbox"/> Divulgação do problema para autoridades e profissionais de saúde <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> Busca Ativa de outros casos de TNN <input type="checkbox"/> Orientação às Parturientes quanto aos cuidados com o coto umbilical 2 - Não <input type="checkbox"/> Análise da CV da área e vacinação discriminada em MIF contra o tétano <input type="checkbox"/> Outras _____ 9 - Ignorado		
Med. Contr.	51 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado		
	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	53 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	
	54 UF _____ 55 País _____ 56 Município _____ 57 Unidade _____ 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

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
	Assinatura	
Tétano Neonatal		Sinan NET
		SVS 27/09/2005