

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		A33	
	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	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	14 Escolaridade		Etnia	
	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		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Nacionalidade
1- sim 2- não		1- sim 2- não		
Passaporte		Orientação sexual		
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
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			
Unidade de Saúde de Referência				
Dados complementares do Caso				
ANT. EPIDEMIOLÓGICOS(MÃE)	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Número de Consultas de Pré-Natal		34 Antecedentes Vacinais Contra Tétano	
	1-Uma 2-Duas 3-De 3 a 5 4- 6 e mais 5-Nenhuma 9 - ignorado		1- Vacinada (comprovado pelo cartão) 2- Não Vacinada 9- Ignorado	
	Data das doses recebidas			
	35 1ª Dose	36 2ª Dose	37 3ª Dose	38 4ª Dose
	39 Idade da Mãe	40 Número de Gestações (incluindo a atual)		
Anos	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 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				

ANT. EPID. (RN)	42	Local de Ocorrência do Parto			<input type="checkbox"/>						
		1 – Hospital	2 - Domicílio	3 - Casa de Parto	4 - Outro _____	9 - Ignorado					
	43	Parto Atendido Por:			<input type="checkbox"/>						
		1-Médico	2-Enfermeiro	3-Auxiliar de Enfermagem	4-Parteira Treinada						
		5-Parteira Não Treinada	6-Outro _____	9- ignorado							
	44	Sugou Normalmente Após o Nascimento			<input type="checkbox"/>						
			1 - Sim	2 – Não	9 - Ignorado						
DADOS CLÍNICOS	45	Sinais e Sintomas			46	Data do Trismo					
		<input type="checkbox"/> Dificuldade de Mamar.	<input type="checkbox"/> Trismo.	<input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca							
	1 - Sim	<input type="checkbox"/> Choro Excessivo.	<input type="checkbox"/> Contratura labial.	<input type="checkbox"/> Rigidez Abdominal							
	2 - Não	<input type="checkbox"/> Processo Inflamatório no Coto Umbilical.	<input type="checkbox"/> Opistótono.	<input type="checkbox"/> Rigidez de Membros							
	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Crises de Contraturas.	<input type="checkbox"/> Outros: _____								
AT EN.	47	Origem do Caso			<input type="checkbox"/>	48	Ocorreu Hospitalização?	<input type="checkbox"/>	49	Local de residência coberta pelo:	<input type="checkbox"/>
		1 - Notificação	2 - Busca Ativa	3 - Declaração de Óbito			1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	1-PACS 2-PSF 3-PACS/PSF	
MED. DE CONTROLW	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	
		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									
CONCLUSÃO	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"/>	54	UF	55	País		
			1-Sim	2-Não	3-Indeterminado						
	56	Município	Código (IBGE)	57	Unidade	Código					
	58	Distrito	59	Bairro							
	60	Evolução do caso			<input type="checkbox"/>	61	Data do Óbito	62	Data do Encerramento		
		1- Cura	2- Óbito por tétano acidental	9- Ignorado							
		3-Óbito por outras causas									
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES											
CONCLUSÃO	OBSERVAÇÃO:										
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde				
	Nome			Função			Assinatura				