

TÉTANO ACIDENTAL

INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.
CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**
 2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (CID 10) que está sendo notificado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- *QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, N° CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena. Considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

*Caso o endereço não for encontrado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João). **CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a data do início da investigação do caso, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Informar se o paciente conhece a possível causa da doença:

1= Se o paciente recebeu algum tipo de injeção, nos últimos 21 dias.

2= Se o paciente apresentou alguma laceração, nos últimos 30 dias.

3= Se o paciente apresentou queimadura, nos últimos 30 dias.

4= Se o paciente realizou algum tipo de cirurgia nos últimos 30 dias.

5= Se o paciente apresentou ferimento tipo punctório (perfuração), nos últimos 30 dias,

6= Se o paciente apresentou escoriação, nos últimos 30 dias.

7= Se o paciente apresentou abortamento séptico, nos últimos 30 dias.

8= Se o paciente apresentou outro tipo de ferimento ou lesão, nos últimos 30 dias (se a resposta for outros, especificar no campo abaixo),

9= ignorado..

34. Informar qual a região que foi afetada (1= Membros Inferiores, 2= Membros superiores, 3= Tronco, 4= Cabeça/pescoço, 5= Cavidade oral ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. Informar o número de doses recebidas antes do ferimento ou lesão (1= Uma, 2= Duas, 3= Três, 4= Três + Reforço, 5= Três + 2 Reforços, 6= Nunca Vacinado ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

36. Informar a data da última dose recebida. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 35 for igual a 1, 2, 3, 4 ou 5.**

37. Informar se foi administrado um Tratamento Específico e outras medidas após a ocorrência do ferimento (1= Soro Antitetânico, 2= Imunoglobulina, 3= Vacina, 4= Antibiótico ou 5= Nenhum). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

38. Informar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente - trismo (impossibilidade ou dificuldade em abrir a boca), riso sardônico (riso forçado e sarcástico), opistótono (corpo esticado, com a coluna arcada, com cabeça e calcanhares voltados para trás), rigidez de nuca, rigidez muscular abdominal, rigidez de membros, crises de contratatura (contração dos músculos) ou outras manifestações clínicas. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

39. Informar se o caso foi conhecido através de notificação, busca ativa ou declaração de óbito. (1= Notificação, 2= Busca Ativa, 3= Declaração de Óbito). **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar se o paciente foi hospitalizado em decorrência do tétano. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Informar a data de internação, caso tenha ocorrido. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 40= 1.**

42. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex. MG). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 40= 1.**

43. Informar o nome completo do município onde o paciente foi internado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 40= 1.**

44. Informar quais medidas de controle foram adotadas (identificar população suscetível, vacinação da população suscetível, análise de cobertura vacinal por faixa etária. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

45. Informar a classificação final do caso. (1= Confirmado ou 2= Descartado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

46. Característica do Local Provável de Infecção – Área provável de infecção: 1=domicílio; 2=Trabalho; 3=Via Pública; 4=Escola; 5=Campo; 6=Unidade de Saúde 7= Outro Local ou 9=Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL, quando o campo 45= 1.**

47. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso confirmado.** Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o E-SUS preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.

48. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO ESSENCIAL.** se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.

49. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. Campo de **PREENCHIMENTO ESSENCIAL**.

50. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO ESSENCIAL**. se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência

51. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL**.

52. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL**.

53. Informar como o paciente evoluiu em decorrência do tétano. (1= Cura, 2= Óbito por tétano acidental, 3= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

54. Informar a data do Óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 53= 2 ou 3.**

55. Informar a data do encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

Observações: informar as observações necessárias para complementar à investigação