

TÉTANO NEONATAL

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.º 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).

33. Informar se a mãe realizou alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez. (1= Uma, 2= Duas, 3= De 3 a 5, 4= 6 e mais, 5= Nenhuma ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Informar se a mãe foi vacinada contra tétano (1= Vacinada (comprovado pelo cartão) 2= Não Vacinada, ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

35. Informar a data da 1ª dose de vacina contra tétano [dT (Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se campo 34=1.**

36. Informar a data da 2ª dose de vacina contra tétano [dst(Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se campo 34=1.**

37. Informar a data da 3ª dose de vacina contra tétano [dT (Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se campo 34=1.**

38. Informar a data do último reforço da vacina contra tétano [dT(Dupla Adulto , TT (Toxóide Tetânico) ou DPT (Difteria, Coqueluche e Tétano) ou DT (Dupla Infantil)] **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se campo 34=1.**

39. Informar a idade da mãe do recém-nascido. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Informar o número de gestações ocorridas (incluir a atual) (1= Uma, 2= Duas, 3= Três, 4= Quatro, 5= Cinco e mais ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou 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 ESSENCIAL.**

42. Informar o local de ocorrência do parto (1= Hospital, 2= Domicílio, 3= Casa de Parto, 4=Outro e 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

43. Informar quem realizou o parto (1= Médico, 2= Enfermeiro, 3= Auxiliar de Enfermagem, 4= Parteira Treinada, 5= Parteira Não Treinada, 6= Outro ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

44. Informar se o recém-nascido sugou (mamou) normalmente após o nascimento (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

45. Informar quais os sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido: dificuldade de mamar (dificuldade em abrir a boca e/ou engolir), trismo (dificuldade em abrir a boca), rigidez de nuca, choro excessivo, contratura labial, rigidez muscular abdominal, processo inflamatório no coto umbilical, opistótono (corpo esticado, com a coluna arcada e com a cabeça e calcanhares voltado para trás), rigidez de membros , crises de contraturas (contração ou repuxamento dos músculos), se houver outros especificar no campo abaixo. (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46. Informar a data do início do trismo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se campo 45. Trismo=1.**

47. Informar a origem da fonte de notificação do caso (1= Notificação, 2= Busca Ativa ou 3= Declaração de Óbito). **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar se ocorreu hospitalização do recém-nascido em decorrência do tétano (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Informar se no local de residência da mãe está coberto pela Equipe de Saúde da Família (1= PACS, 2=PSF, 3= PACS/PSF, 4= Nenhum ou 5= Outro). **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informar as principais medidas adotadas, diante a ocorrência do caso para evitar outros casos tais como: a atualização do esquema vacinal da mãe, cadastro e capacitação de parteiras atuantes, divulgação do problema para autoridades e profissional da saúde, orientação às parturientes quanto aos cuidados com o coto umbilical, análise da CV da área e vacinação discriminada em MIF contra o tétano, busca ativa de outros casos de TNN, outros (especificar no campo abaixo). (1=Sim, 2=Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

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

52. Informar o local provável da fonte de infecção (1= Hospital, 2= Domicílio, 3= Casa de Parto, 4= Outro ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 51 for 1= confirmado.**

53. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **CAMPO DE 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.

54. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se caso foi confirmado.

55. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. Campo de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se caso foi confirmado.

56. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se caso foi confirmado.

57. Informar o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) provável de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 52=1 ou 3.**

58. Informar o nome do distrito onde ocorreu a provável fonte de infecção. **CAMPO ESSENCIAL.**

59. 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 ESSENCIAL.**

60. Informar como evoluiu o caso após ter tido o tétano neonatal. (1= Cura, 2= Óbito por tétano neonatal, 3= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

61. Informar a data do Óbito. **CAMPO ESSENCIAL, quando o campo 60= 2 ou 3.**

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

Observações adicionais: relatar dados colhidos para complementar à investigação do caso.