

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 TÉTANO ACIDENTAL	3 Data da Notificação Código (CID10) A 3 5
	4 UF	5 Município de Notificação 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 <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
Dados de Residência	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	14 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
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência Código (IBGE)
Dados de Residência	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Possível Causa 1 - Injeção 2 - Laceração 3 - Queimadura 4 - Cirúrgica 5 - Perfuração 6 - Escoriação 7 - Abortamento Séptico 8 - Outros 9 - Ignorado	34 Local da Lesão 1-Membros Inferiores 2-Membros superiores 3-Tronco 4-Cabeça/pescoço 5-Cavidade oral 9-Ignorado
	Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetravalente) antes da lesão 35 Número de Doses Aplicadas <input type="checkbox"/> 1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Três+1 Reforço 5-Três+2 Reforços 6-Nunca Vacinado 9-Ignorado	
Dados Clínicos	Profilaxia Pós - Ferimento 37 Tratamento Específico e outras medidas: <input type="checkbox"/> 1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum	
	38 Manifestações Clínicas <input type="checkbox"/> Trismo <input type="checkbox"/> Riso Sardônico <input type="checkbox"/> Opistótono 1 - Sim <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Rigidez Abdominal <input type="checkbox"/> Rigidez de Membros 2 - Não <input type="checkbox"/> Crises de Contraturas <input type="checkbox"/> Outros: _____ 9 - Ignorado	
	39 Origem do Caso <input type="checkbox"/> 1- Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito	40 Ocorreu hospitalização 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
Medidas de controle	42 UF	43 Município de Hospitalização Código (IBGE)
	44 Medidas de Controle 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Identificar população suscetível <input type="checkbox"/> Vacinação da população suscetível <input type="checkbox"/> Análise de cobertura vacinal por faixa etária	

