



**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			A 3 3				
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7	Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	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				
	14	Escolaridade							
15	Número do Cartão SUS			16					Nome da mãe

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							

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos (Mãe)	31	Data da Investigação		32	Ocupação						
	33	Número de Consultas de Pré-Natal		34		Antecedentes Vacinais Contra Tétano					
	1-Uma 3-De 3 a 5 5-Nenhuma		2-Duas 4-6 e mais 9-Ignorado		1- Vacinada (comprovado pelo cartão) 2- Não Vacinada 9- Ignorado						
	<b>Data das doses recebidas</b>										
	35	1ª Dose		36	2ª Dose		37	3ª Dose		38	Último reforço
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 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											

Antecedentes Epidemiológicos (RN)	42	Local de Ocorrência do Parto				9 - Ignorado	
			1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - Casa de Parto 4 - Outro				
	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	

Dados Clínicos	45	Sinais e Sintomas				46	Data do Trismo		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	Dificuldade de Mamar		<input type="checkbox"/>	Trismo		
	<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: _____		

<b>Atendimento</b>	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 4-Nenhum 5- Outro _____

<b>Med. Contr.</b>	50 Medidas Adotadas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atualização do Esquema Vacinal da Mãe	Cadastro e Capacitação de Parteiras atuantes	Divulgação do problema para autoridades e profissionais de saúde	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Busca Ativa de outros casos de TNN	Orientação às Parturientes quanto aos cuidados com o coto umbilical	Análise da CV da área e vacinação discriminada em MIF contra o tétano	Outras _____

<b>Conclusão</b>	51 Classificação final <input type="checkbox"/>		
	1 - Confirmado 2 - Descartado		
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>		
	52 Local provável da fonte de infecção <input type="checkbox"/>		53 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>
	1 - Hospital 2 - Domicílio 3 - Casa de Parto 4 - Outro _____ 9 - Ignorado		1-Sim 2-Não 3-Indeterminado
54 UF	55 País	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 3 - Óbito por outras causas		2 - Óbito por tétano neonatal 9 - Ignorado	

**Informações complementares e observações**

Observações Adicionais


<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura