



NÚMERO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO - TÉTANO ACIDENTAL

DADOS GERAIS

1- TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL	2- DATA DA NOTIFICAÇÃO
3- MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)
4- UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)	CÓDIGO

DADOS DO CASO

5 - AGRAVO TÉTANO ACIDENTAL	CÓDIGO (CID10) A35	6 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS
7 - NOME DO PACIENTE		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - (OU) IDADE D-DIAS M-MESES A-ANOS	10 - SEXO M-MASCULINO F-FEMININO I-IGNORADO	11 - RAÇA/COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
12 - ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1-NENHUMA 2-DE 1 A 3 3-DE 4 A 7 4-DE 8 A 11 5-DE 12 E MAIS 6-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO		
13 - NÚMERO DO CARTÃO SUS	14 - NOME DA MÃE	

DADOS DE RESIDÊNCIA

15 - LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)	CÓDIGO	16 - NÚMERO
17 - COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...)	18 - PONTO DE REFERÊNCIA	19 - UF
20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO
21 - BAIRRO	CÓDIGO (IBGE)	22 - CEP
23 - (DDD) TELEFONE	24 - ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 9 - IGNORADO	25 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)
		CÓDIGO

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

26 - DATA DA INVESTIGAÇÃO	27 - OCUPAÇÃO/RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA
ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO ANTES DA LESÃO OU FERIMENTO	
28 - NÚMERO DE DOSES DA VACINA TRÍPLICE (DPT) DUPLA (DT OU dt) OU TOXÓIDE TETÂNICO (TT) 1 - UMA 2 - DUAS 3 - TRÊS 4 - TRÊS + REFORÇO 5 - NUNCA VACINADO 9 - IGNORADO	29 - DATA DA ÚLTIMA DOSE
ADMINISTRAÇÃO APÓS O FERIMENTO (ANTES DA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA)	
30 - SORO OU GAMAGLOBULINA ANTI-TETÂNICA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	31 - QUANTO TEMPO APÓS 1 - MENOS DE 6 HORAS 2 - 6 A 24 HORAS 3 - 25 A 48 HORAS 4 - MAIS DE 48 HORAS 9 - IGNORADO
32 - VACINA ANTI-TETÂNICA? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	33 - FEZ USO DE PROFILAXIA COM ANTIBIÓTICO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

DADOS CLÍNICOS

34 - SINAIS E SINTOMAS	
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> TRISMO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> CRISES DE CONTRATURAS <input type="checkbox"/> RISO SARDÔNICO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ABDOMINAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/> OPISTÓTONO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE MEMBROS
35 - DATA DO TRISMO	36 - É CONHECIDO O FERIMENTO OU A LESÃO QUE OCASIONOU O TÉTANO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO
37 - EM CASO AFIRMATIVO, TIPO DE FERIMENTO	
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> INJEÇÃO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____
38 - DATA DO FERIMENTO	
39 - REGIÃO AFETADA	
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> PERNA <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> MÃO <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> CAVIDADE ORAL <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> TRONCO <input type="checkbox"/> OUTROS _____
40 - LOCAL DO ACIDENTE	
1 - TRABALHO 2 - RESIDÊNCIA 3 - ESCOLA 4 - VIA PÚBLICA 5 - LAZER 6 - OUTROS _____ 9 - IGNORADO	
41 - SE ESCOLA OU TRABALHO NOME E ENDEREÇO	

