



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 NEONATAL				CÓDIGO (CID 10) A 33		6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	
	7) NOME DO PACIENTE				8) DATA DE NASCIMENTO			
	9) (OU) IDADE D - DIAS <input type="checkbox"/> M - MESES <input type="checkbox"/> A - ANOS <input type="checkbox"/>		10) SEXO M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> 1 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		12) ESCOLARIDADE (EM 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 (MÃE)	26) DATA DA INVESTIGAÇÃO				27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA			
	28) TEMPO DE RESIDÊNCIA DA MÃE NO MUNICÍPIO 1 - MENOR QUE 4 MESES 2 - 4 MESES E MAIS 9 - IGNORADO				29) UF		30) SE TEMPO DE RESIDÊNCIA FOR MENOR QUE 4 MESES, QUAL O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ANTERIOR?	
	31) FEZ PRÉ-NATAL? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				32) CASO AFIRMATIVO, NÚMERO DE CONSULTAS		33) A MÃE FOI VACINADA CONTRA TÉTANO? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	34) DATA DA 1ª DOSE		35) DATA DA 2ª DOSE		36) DATA DA 3ª DOSE		37) DATA DO REFORÇO	
	38) IDADE DA MÃE ANOS				39) ESCOLARIDADE DA MÃE (EM ANOS DE ESTUDOS CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 9 - IGNORADO			
	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	40) LOCAL DA OCORRÊNCIA DO PARTO 1 - HOSPITAL 2 - DOMICÍLIO 3 - CASA DE PARTO 4 - OUTRO 9 - IGNORADO				41) UF		
42) MUNICÍPIO				43) NOME DA UNIDADE DE SAÚDE DA OCORRÊNCIA DO PARTO				
44) PARTO ATENDIDO POR 1 - MÉDICO 2 - ENFERMEIRO 3 - PARTEIRA NÃO TREINADA 4 - PARTEIRA TREINADA 5 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM 6 - OUTRO 9 - IGNORADO								
45) SUGOU NORMALMENTE APÓS O NASCIMENTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				46) O COTO UMBILICAL FOI TRATADO ADEQUADAMENTE? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
47) SE NÃO, QUAL SUBSTÂNCIA?								

