



<b>DADOS GERAIS</b>	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			
<b>DADOS DO CASO</b>	5) AGRAVO <b>TÉTANO ACIDENTAL</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>A 3 5</b>	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 (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			
	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			CÓDIGO	16) NÚMERO	
<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	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
	<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>					
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	26) DATA DE INVESTIGAÇÃO		27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA			
	<b>ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO ANTES DA LESÃO OU FERIMENTO</b>					
	28) Nº 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	
	<b>ADMINISTRAÇÃO APÓS O FERIMENTO (ANTES DA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA)</b>					
	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			
<b>DADOS CLÍNICOS</b>	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: _____	
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"/> OUTROS _____	
		<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO		

