

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

- N.º** - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
 - 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 7- Anotar a data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
 - 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 2; 3 meses = 3 3; 26 anos = 26 4). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 12 – Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
 - 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
 - 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
 - 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
 - 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
 - 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
 - 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
 - 21- Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
 - 22- Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
 - 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

- 24- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
- 25- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
- 31-Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**
- 32- Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 33- Anotar o tempo de trabalho na ocupação
- 34-Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF.
- 35-Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 36-Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 37-Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.
- 38-Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 39-Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.
- 40- Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.
- 41- Anotar o endereço da empresa, rua, avenida....
- 42-Anotar o numero das instalações da empresa.
- 43-Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
- 44-Anotar o telefone da empresa.
- 45-Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 46- Anotar o tempo de exposição ao agente de risco causador do câncer.
- 47- Identificar o regime de tratamento, conforme as alternativas apresentadas
- 48-Identifique o diagnostico específico de acordo com o CID 10 correspondente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 49- Anotar se houve exposição aos agentes relacionados, durante toda a vida profissional. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 50- Identificar o hábito de fumar ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 51- Anotar o tempo de exposição ao tabaco.
- 52- Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho.
- 53- Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.
- 54- Identifique se houve óbito e a data em que ocorreu.
- 55-Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.
Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação
Anote o código da U.S.
Identifique o nome de quem realizou esta investigação.
Identifique a função de quem realizou esta investigação.
O investigador deve assinar esta investigação.

