

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevada de ruído no ambiente de trabalho.
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2 Agravado/doença DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR	Código (CID10) H83.3	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
Dados de Residência	14 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 à 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	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	
	19 Distrito	20 Bairro	21 Geo campo 1	22 Geo campo 2
	23 Logradouro (rua, avenida,...)	24 Número		
	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
	Dados da Empresa Contratante			
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador		
	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município	Código (IBGE)
	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone	
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	46 Agravos Associadas 1- Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____			
	47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		48 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial	

Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR

PAIR	49 Tipo de Ruído Predominante <input type="checkbox"/>	1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado							
	50 Exposição Concomitante a Ruído e:	<input type="checkbox"/> Solvente a Base de Tolueno	<input type="checkbox"/> Metais Pesados	<input type="checkbox"/> Medicamentos Ototóxicos					
	1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Gases Tóxicos	<input type="checkbox"/> Outros: _____						
51 Sintomas	<input type="checkbox"/> Zumbido	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Dificuldade p/ compreensão da fala	52 Diagnóstico Específico					
1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Outros			CID 10 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

Conclusão	53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? <input type="checkbox"/>	1-Sim 2 - Não 9- Ignorado									
	54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento <input type="checkbox"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano									
	55 Com Afastamento do Trabalho <input type="checkbox"/>	1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado									
	56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho <input type="checkbox"/>	1-Sim 2 - Não 9- Ignorado									
	57 Conduta Geral	<input type="checkbox"/> Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho	<input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho	<input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva							
1-Sim 2 - Não	<input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho								
			<input type="checkbox"/> Outros _____								
58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado										
59 Data do óbito <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/>	1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	

Informações complementares e observações

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