

Definição de caso: Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Dermatoses Ocupacionais		Código (CID10) L98.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	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 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 9- Ignorado	
	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 a 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			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	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 Associados 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 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		

Dermatoses Ocupacionais

Dermatoses Ocupacionais	49 Principal Agente Causador da Dermatose <input style="float: right;" type="checkbox"/>			
	01- Cimento	05- Graxas	09-Cosméticos	99-Ignorado
	02- Borracha	06- Óleo de Corte	10- Madeiras	
	03- Plástico	07- Resinas	11- Cromo	
	04- Solventes Orgânicos	08-Níquel	12- Outros	
	50 Localização da lesão (parte do corpo atingida) <input style="float: right;" type="checkbox"/>			
	01- Mão	03- Cabeça	05- Tórax	07- Membro inferior
	02- Membro superior	04- Pescoço	06- Abdome	08- Pé
				09- Todo o corpo
				99 - Ignorado
51 Teste epicutâneo positivo <input type="checkbox"/>	1- Sim	2- Não	9-Ignorado	52 Diagnóstico Específico <input type="checkbox"/>
				CID 10 <input style="width: 100px;" type="text"/>

Conclusão	53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? <input type="checkbox"/>	54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
	1-Sim 2- Não 9- Ignorado	<input style="width: 100px;" type="text"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	55 Com Afastamento do Trabalho <input type="checkbox"/>	56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? <input type="checkbox"/>
	1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado	1-Sim 2 - Não 9- Ignorado
	57 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não	
	<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 individual	<input type="checkbox"/> Nenhum <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 <input style="width: 50px;" type="text"/>	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 <input style="width: 80%; border: none;" type="text"/>	Cód. da Unid. de Saúde <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Nome <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/>	Função <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/>	Assinatura <input style="width: 100px;" type="text"/>