

Definição de caso: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT		Z57.9		
Notificação Individual	4	5	Município de Notificação		Código (IBGE)
	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7		Data do Diagnóstico		
Dados de Residência	8				9
	Nome do Paciente				Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		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		16			
Número do Cartão SUS		Nome da mãe			
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)
	19		Distrito		
	20		21		
	Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22	23		24	
	Número	Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 1	
	25		26		27
	Geo campo 2		Ponto de Referência		CEP
28		29		30	
(DDD) Telefone		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

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

Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT

LER/ DORT

49 Sinais e Sintomas Alteração de sensibilidade Diminuição de força muscular Diminuição do movimento
 1-Sim 2- Não 9-Ignorado Limitação de movimentos Sinais flogísticos Dor Outro: _____

50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à:
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Prêmios de produção Movimentos repetitivos ambiente estressante
 Há tempo de pausas Jornada de trabalho de mais de 6 horas

52 Diagnóstico Específico
 CID 10 _____

Conclusão

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
 _____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55 Com Afastamento do Trabalho
 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado

56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não

Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho Adoção de mudança na organização do trabalho Adoção de proteção coletiva
 Adoção de proteção individual Nenhum Afastamento do local de trabalho Outros _____

58 Evolução do Caso
 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 Se Óbito, Data _____

60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 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 _____	