

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - PNEUMOCONIOSES
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.

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 e empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46- Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas.

47-Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da pneumoconiose. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

48-Anote o regime de tratamento utilizado, se hospitalar ou ambulatorial.

49- Identificar se a exposição a poeiras mistas e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa.

50- Anotar, caso tenha ocorrido exposição em um ou mais vínculos da empresa, quais foram

51-Identifique os agentes de exposição no local de trabalho, conforme as opções. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

52 – Identifique se o paciente tem habito de fumar.

53 – Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou.

54—Identifique os exames complementares realizados para confirmação diagnostica. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

55- Anote o diagnóstico específico, conforme o CID. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

56- Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho.

57- Identificar se foi realizada a avaliação funcional (prova de função pulmonar).

58- Identificar o resultado da avaliação funcional, se normal ou alterada.

59- Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas.

60- Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.

61- Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.

62 -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.