

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **INTOXICAÇÃO EXÓGENA** Código (CID10): **T 65.9** 3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

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 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 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 Data da Investigação: _____ 32 Ocupação: _____

33 Situação no Mercado de Trabalho: 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 11 - Empregador 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 12 - Outros _____ 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição: 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro _____ 9. Ignorado

Dados da Exposição

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência: _____ 36 Atividade Econômica (CNAE): _____

37 UF: _____ 38 Município do estabelecimento: _____ Código (IBGE): _____ 39 Distrito: _____

40 Bairro: _____ 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento): _____

42 Número: _____ 43 Complemento (apto., casa, ...): _____ 44 Ponto de Referência do estabelecimento: _____ 45 CEP: _____

46 (DDD) Telefone: _____ 47 Zona de exposição: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Brasil): _____

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral

01.Medicamento	02.Agrotóxico;uso agrícola	03.Agrotóxico/uso doméstico	04.Agrotóxico/uso saúde pública
05.Raticida	06.Produto veterinário	07.Produto de uso Domiciliar	08.Cosmético/higiene pessoal
09.Produto químico de uso industrial	10.metal	11.Drogas de abuso	12.Planta tóxica
13.Alimento e bebida	14.Outro _____	99.Ignorado	

50 Agente tóxico (informar até três agentes)
Nome Comercial/popular _____ Princípio Ativo _____

1 - _____ 1 - _____
2 - _____ 2 - _____
3 - _____ 3 - _____

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização

1.Inseticida	2.Herbicida	3.Carrapaticida	4.Raticida	5.Fungicida
6.Preservante para madeira	7.Outro _____	8.Não se aplica	9.Ignorado	

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

01- Diluição	05-Colheita	09-Outros	1ªOpção: □□
02-Pulverização	06- Transporte	10-Não se aplica	2ªOpção: □□
03- Tratamento de sementes	07-Desinsetização	99-Ignorado	3ªOpção: □□
04- Armazenagem	08-Produção/formulação		

53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____

54 Via de exposição/contaminação

1- Digestiva	4-Ocular	7-Transplacentária	1ªOpção: □
2-Cutânea	5-Parenteral	8-Outra	2ªOpção: □
3-Respiratória	6-Vaginal	9-Ignorada	3ªOpção: □

55 Circunstância da exposição/contaminação

01-Uso Habitual	02-Acidental	03-Ambiental	04-Uso terapêutico	05-Prescrição médica inadequada
06-Erro de administração	07-Automedicação	08-Abuso	09-Ingestão de alimento ou bebida	10-Tentativa de suicídio
11-Tentativa de aborto	12-Violência/homicídio	13-Outra: _____	99-Ignorado	

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ ocupação?

1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado

57 Tipo de Exposição

1 -Aguda - única 2 -Aguda - repetida 3 - Crônica

4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado

58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento

□□□ □ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado

59 Tipo de atendimento

1 -Hospitalar 2 -Ambulatorial 3 - Domiciliar

4 -Nenhum 9 - Ignorado

60 Houve hospitalização?

1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado

61 Data da internação

□□□□□□

62 UF

63 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____

64 Unidade de saúde _____ Código _____

65 Classificação final

1 - Intoxicação confirmada	2 - Só Exposição	3 -Reação Adversa
4 -Outro Diagnóstico	5 -Síndrome de abstinência	9 -Ignorado

66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____

67 Critério de confirmação

1 - Laboratorial

2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico

68 Evolução do Caso

1 - Cura sem sequela 2 - Cura com sequela 3 - Óbito por intoxicação exógena

4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado

69 Data do óbito

□□□□□□

70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.

1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

71 Data do Encerramento

□□□□□□

Informações complementares e observações

Observações: _____

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____