



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 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 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: Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus Hanseníase Transtorno Mental Tuberculose 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

49 Principal Agente Causador da Dermatose

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)

01- Mão	03- Cabeça	05- Tórax	07- Membro inferior	09- Todo o corpo	99 - Ignorado
02- Membro superior	04- Pescoço	06- Abdome	08- Pé	10- Outro _____	

51 Teste epicutâneo positivo

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

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

Afastamento do local de trabalho

Adoção de proteção individual

Nenhum

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 Data do óbito | | | | | | | | | |

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

Função

Assinatura