



Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença			Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR			H83.3						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7			Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8					9						
	Nome do Paciente					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 à 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			30		País (se residente fora do Brasil)	
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado										

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						35						36						37						38						39								
	Registro/ CNPJ ou CPF						Nome da Empresa ou Empregador						Atividade Econômica (CNAE)						UF						Município						Código (IBGE)								
	39						40						41						42						43						44								
	Distrito						Bairro						Endereço						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			<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			<input type="checkbox"/> 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																											

Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR

PAIR

49 Tipo de Ruído Predominante
 1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado

50 Exposição Concomitante a Ruído e: Solvente a Base de Tolueno **Metais Pesados** Medicamentos Ototóxicos
 1-Sim 2- Não 9-Ignorado Gases Tóxicos Outros: _____

51 Sintomas Zumbido Tontura Dificuldade p/ compreensão da fala Diagnóstico Específico
 1-Sim Cefaléia Outros
 2- Não
 9-Ignorado

CID 10 | | | | |

Conclusão

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? 54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
 1-Sim 2- Não 9- Ignorado | | | | | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55 Com Afastamento do Trabalho 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho
 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado | 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