



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	Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	INTOXICAÇÃO EXÓGENA		T 65.9		
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
	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		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
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,...)		
	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 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Situação no Mercado de Trabalho			
Dados da Exposição	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista	
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado	
	03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado	
	04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário	
			09 - Cooperativado	
			10 - Trabalhador avulso	
		11 - Empregador		
		12 - Outros		
		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				
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		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Dados da Exposição

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	1ª Opção: <input type="checkbox"/>
02- Pulverização	06- Transporte	10- Não se aplica	2ª Opção: <input type="checkbox"/>
03- Tratamento de sementes	07- Desinsetização	99- Ignorado	3ª Opção: <input type="checkbox"/>
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	1ª Opção: <input type="checkbox"/>
2- Cutânea	5- Parenteral	8- Outra	2ª Opção: <input type="checkbox"/>
3- Respiratória	6- Vaginal	9- Ignorada	3ª Opção: <input type="checkbox"/>

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

Dados do Atendimento

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 _____

Conclusão do Caso

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 - Clínico laboratorial

2 - Clínico epidemiológico

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 _____