

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		3 Data da Notificação								
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Dermatoses Ocupacionais		Código (CID10) L98.9									
Notificação Individual	4	5	Município de Notificação		Código (IBGE)							
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico					
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento					
Dados de Residência	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica	13	Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14	Escolaridade										
	15	Número do Cartão SUS				16	Nome da mãe					
Dados de Residência	17	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					09 - Cooperativado	33	Tempo de Trabalho na Ocupação				
	01 - Empregado registrado com carteira assinada					05 - Servidor público celetista	10 - Trabalhador avulso	1 - Hora					
	02 - Empregado não registrado					06 - Aposentado	11 - Empregador	2 - Dia					
	03 - Autônomo/ conta própria					07 - Desempregado	12 - Outros	3 - Mês					
	04 - Servidor público estatutário					08 - Trabalho temporário	99 - Ignorado	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		<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/> Hanseníase		<input type="checkbox"/> Transtorno Mental				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____													
47	Tempo de Exposição ao Agente de Risco				48							Regime de Tratamento	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial									

Dermatoses Ocupacionais

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

<input type="checkbox"/> Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho	<input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho	<input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva	<input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho
<input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nome	Função	Assinatura