



**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.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA <b>INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO IBGE
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	8 NOME DO PACIENTE		9 DATA DE NASCIMENTO	
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			
	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MES 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		

<b>DADOS DA RESIDÊNCIA</b>	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO IBGE	19 DISTRITO
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (CASA, APTO...)		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)	

<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>		
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 OCUPAÇÃO
	33 SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO 01- EMPREGADO REGISTRADO COM CARTEIRA ASSINADA 05 - SERVIDOR PÚBLICO CELETISTA 09 - COOPERATIVADO 02 - EMPREGADO NÃO REGISTRADO 06- APOSENTADO 10- TRABALHADOR AVULSO 03- AUTÔNOMO/ CONTA PRÓPRIA 07- DESEMPREGADO 11- EMPREGADOR 04- SERVIDOR PÚBLICO ESTATUÁRIO 08 - TRABALHO TEMPORÁRIO 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	

<b>DADOS DA EXPOSIÇÃO</b>	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 DD TELEFONE		47 ZONA DE EXPOSIÇÃO 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO	48 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

<b>DADOS DA EXPOSIÇÃO</b>	49 GRUPO DO AGENTE TÓXICO/CLASSIFICAÇÃO GERAL <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span>			
	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- _____
	2- _____	2- _____	3- _____	3- _____
	3- _____	3- _____		
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>	52 SE AGROTÓXICO, QUAIS AS ATIVIDADES EXERCIDAS NA EXPOSIÇÃO ATUAL			
	01- DILUIÇÃO	05-COLHEITA	09-OUTROS	1ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	02-PULVERIZAÇÃO	06- TRANSPORTE	10-NÃO SE APLICA	2ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	03- TRATAMENTO DE SEMENTES	07-DESINSETIZAÇÃO	99-IGNORADO	3ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <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	1ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2-CUTÂNEA	5-PARENTERAL	8-OUTRA	2ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3-RESPIRATÓRIA	6-VAGINAL	9-IGNORADA	3ºOPÇÃO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>CONCLUSÃO DO CASO</b>	55 CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO / CONTAMINAÇÃO: <input type="checkbox"/>			
	01-USO HABITUAL	02-ACIDENTAL	03-AMBIENTAL	04-USO TERAPÊUTICO
	06-ERRO DE ADMINISTRAÇÃO	07-AUTOMEDICAÇÃO	08-ABUSO	09-INGESTÃO DE ALIMENTO
	11-TENTATIVA DE ABORTO	12-VIOLÊNCIA/HOMICÍDIO	13- OUTRA: _____	10-TENTATIVA DE SUICÍDIO
				99-IGNORADO
	56 A EXPOSIÇÃO / CONTAMINAÇÃO FOI DECORRENTE DO TRABALHO / OCUPAÇÃO?		57 TIPO DE EXPOSIÇÃO	
	1 -SIM	2 -NÃO	9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/>
			1 -AGUDA - ÚNICA	2 - AGUDA - REPETIDA
			3 - CRÔNICA	9 - IGNORADO
			4 - AGUDA SOBRE CRÔNICA	
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>	58 TEMPO DECORRIDO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/>			
	_____ 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO 9- IGNORADO			
	59 TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/>		60 HOUVE HOSPITALIZAÇÃO? <input type="checkbox"/>	61 DATA DA INTERNAÇÃO
	1 -HOSPITALAR	2 -AMBULATORIAL	3 - DOMICILIAR	62 UF
	4 -NENHUM	9 - IGNORADO	1 -SIM	2 -NÃO
			9 - IGNORADO	
	63 MUNICÍPIO DE HOSPITALIZAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)	64 UNIDADE DE SAÚDE
				CÓDIGO
	<b>CONCLUSÃO DO CASO</b>	65 CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/>		68 EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>		
1 - LABORATORIAL		2 - CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	1 - CURA SEM SEQUELA	2 - CURA COM SEQUELA
3 - CLÍNICO			4 - ÓBITO POR OUTRA CAUSA	3 - ÓBITO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA
			5-PERDA DE SEGUIMENTO	9-IGNORADO
69 DATA DO ÓBITO		70 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT <input type="checkbox"/>		71 DATA DO ENCERRAMENTO
		1 - SIM	2 - NÃO	3 - NÃO SE APLICA
		9 - IGNORADO		
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / OBSERVAÇÕES</b>				
<b>INVESTIGADOR(A)</b>	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE			CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA	
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			