



**DEFINIÇÃO DO CASO:** TODAS AS DOENÇAS PULMONARES CAUSADAS PELA INALAÇÃO E ACÚMULO DE POEIRAS INORGÂNICAS NOS PULMÕES COMO REAÇÃO TISSULAR À PRESENÇA DESSAS POEIRAS, DEVIDO EXPOSIÇÃO NO AMBIENTE OU PROCESSO DE TRABALHO. EXEMPLOS DE PNEUMOCONIOSES: ASBESTOSE, SILICOSE, BERILOSE, ESTANHOSE, SIDEROSE ENTRE OUTRAS.

### 1 DADOS GERAIS

TIPO DE NOTIFICAÇÃO		INDIVIDUAL	
AGRAVO / DOENÇA <b>PNEUMOCONIOSES</b>		CÓDIGO (CID10) <b>J 64</b>	DATA DA NOTIFICAÇÃO
UF	MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	DATA DO DIAGNÓSTICO

### 2 NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> IGNORADO	RAÇA / COR <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> IGNORADO	
GESTANTE			
<input type="checkbox"/> 1º TRIMESTRE		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> 2º TRIMESTRE		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> 3º TRIMESTRE		<input type="checkbox"/> IGNORADO	
<input type="checkbox"/> IDADE GESTACIONAL IGNORADA			
ESCOLARIDADE			
<input type="checkbox"/> ANALFABETO		<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)	
<input type="checkbox"/> 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA	
<input type="checkbox"/> 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		<input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA	
<input type="checkbox"/> 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		<input type="checkbox"/> IGNORADO	
<input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)			
NÚMERO DO CARTÃO DO SUS		NOME DA MÃE	

### 3 DADOS DE RESIDÊNCIA

UF	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO
BAIRRO		LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ...)	CÓDIGO
NÚMERO	COMPLEMENTO (CASA, APTO, ...)	GEO CAMPO 1	GEO CAMPO 2
PONTO DE REFERÊNCIA		CEP	(DDD) TELEFONE
ZONA <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> PERIURBANA <input type="checkbox"/> IGNORADO		PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	

### 4 DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

#### 4.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

OCUPAÇÃO
----------

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO		TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO
<input type="checkbox"/> EMPREGADO REGISTRADO COM CARTEIRA ASSINADA	<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> HORA
<input type="checkbox"/> EMPREGADO NÃO REGISTRADO	<input type="checkbox"/> COOPERATIVADO	<input type="checkbox"/> DIA
<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO / CONTA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> TRABALHADOR AVULSO	<input type="checkbox"/> MÊS
<input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO ESTATUTÁRIO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> ANO
<input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO CELETISTA	<input type="checkbox"/> OUTROS	
<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> IGNORADO	
<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		/ /

#### 4.2 DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

REGISTRO / CNPJ OU CPF		NOME DA EMPRESA OU EMPREGADOR	
ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE)	UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)
DISTRITO	BAIRRO	ENDEREÇO	
NÚMERO	PONTO DE REFERÊNCIA	(DDD) TELEFONE	

O EMPREGADOR É EMPRESA TERCEIRIZADA

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA  IGNORADO

AGRAVOS ASSOCIADAS

LIMITAÇÃO CRÔNICA AO FLUXO AÉREO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
CÂNCER	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
ARTRITE REUMATÓIDE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
TIREOIDITE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
OUTRAS _____			

TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO	REGIME DE TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> MÊS	<input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL
<input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> ANO	
/ /	

#### 5 PNEUMOCONIOSES

A EXPOSIÇÃO A POEIRAS E MINEIRAIS OCORREU EM UM OU MAIS VÍNCULOS DISTINTOS DA EMPRESA	ESPECIFICAR
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	

AGENTES DE EXPOSIÇÃO

SÍLICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
ASBESTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
POEIRA DE CARVÃO MINEIRAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
POEIRAS MISTAS (SILICATOS, TALCO)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
METAIS DUROS (COBALTO, TITÂNIO, TUNGSTÊNIO)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
POEIRAS DE ABRASIVOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
BERÍLIO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO
POEIRAS ORGÂNICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO

HÁBITO DE FUMAR

SIM  NÃO  EX-FUMANTE  IGNORADO

TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO	CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO
<input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> MÊS	RADIOGRAFIA DE TÓRAX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	CID 10 _____
<input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> ANO	BIÓPSIA PULMONAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	
/ /	TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	
	OUTROS _____	

AVALIAÇÃO FUNCIONAL (PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR)	HÁ OU HOUVE OUTROS TRABALHADORES COM A MESMA DOENÇA NO LOCAL DE TRABALHO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA

## 6 CONCLUSÃO

CONDUTA GERAL

AFASTAMENTO DA SITUAÇÃO DE DESGASTE MENTAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ADOÇÃO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ADOÇÃO DE MUDANÇA NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ADOÇÃO DE PROTEÇÃO COLETIVA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AFASTAMENTO DO LOCAL DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
NENHUM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

EVOLUÇÃO DO CASO

CURA    CURA NÃO CONFIRMADA    INCAPACIDADE TEMPORÁRIA    INCAPACIDADE PERMANENTE TOTAL    ÓBITO POR DOENÇA RELACIONADA AO TRAAALHO  
 ÓBITO POR OUTRA CAUSA    OUTRO    IGNORADO

SE ÓBITO, DATA

FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

SIM    NÃO    NÃO SE APLICA    IGNORADO

## 7 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES