



DEFINIÇÃO DO CASO: TODO CASO DE SOFRIMENTO EMOCIONAL EM SUAS DIVERSAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO TAIS COMO: CHORO FÁCIL, TRISTEZA, MEDO EXCESSIVO, DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS, AGITAÇÃO, IRRITAÇÃO, NERVOSISMO, ANSIEDADE, TAQUICARDIA, SUDORESE, INSEGURANÇA, ENTRE OUTROS SINTOMAS QUE PODEM INDICAR O DESENVOLVIMENTO OU AGRAVO DE TRANSTORNOS MENTAIS UTILIZANDO OS CID - 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00 A F99), ALCOOLISMO (Y90 E Y91), SÍNDROME DE BURNOUT (Z73.0), SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS À COGNIÇÃO, À PERCEPÇÃO, AO ESTADO EMOCIONAL E AO COMPORTAMENTO (R40 E R46), PESSOAS COM RISCOS POTENCIAIS À SAÚDE RELACIONADOS COM CIRCUNSTÂNCIAS SOCIOECONÔMICAS E PSICOSSOCIAIS (Z55 A Z65), CIRCUNSTÂNCIA RELATIVA ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO (Y96) E LESÃO AUTOPROVOCADADA INTENCIONALMENTE (X60 E X84), OS QUAIS TEM COMO ELEMENTOS CAUSAIS FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO TRABALHO, SEJAM RESULTANTES DA SUA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO OU POR EXPOSIÇÃO A DETERMINADOS AGENTES TÓXICOS.

1 DADOS GERAIS

TIPO DE NOTIFICAÇÃO		INDIVIDUAL	
AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	DATA DA NOTIFICAÇÃO
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO		F99	
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	RAÇA / COR	
	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> IGNORADO	<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		PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	
<input type="checkbox"/> URBANA			
<input type="checkbox"/> RURAL			
<input type="checkbox"/> PERIURBANA			
<input type="checkbox"/> IGNORADO			

4 DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

4.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

OCUPAÇÃO

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

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			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> IGNORADO			

5 TRANSTORNOS MENTAIS

TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO AGENTE DE RISCO <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MÊS <input type="checkbox"/> ANO / /	REGIME DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL	DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO
HÁBITOS ÁLCOOL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO DROGAS PSICOATIVAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO PSICOFÁRMACOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	HÁBITO DE FUMAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EX-FUMANTE <input type="checkbox"/> IGNORADO	TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO TABACO <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> MÊS <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> ANO / /

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	
HÁ OU HOUVE OUTROS TRABALHADORES COM A MESMA DOENÇA NO LOCAL DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	
O PACIENTE FOI ENCAMINHADO A UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPES) NO SUS OU OUTRO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	
EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> CURA <input type="checkbox"/> ÓBITO POR DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO <input type="checkbox"/> CURA NÃO CONFIRMADA <input type="checkbox"/> ÓBITO POR OUTRA CAUSA <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE PERMANENTE TOTAL <input type="checkbox"/> IGNORADO	
SE ÓBITO, DATA	FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> IGNORADO

7 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES