



**DEFINIÇÃO DE CASO:** TODAS AS DOENÇAS, LESÕES E SÍNDROMES QUE AFETAM O SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO, CAUSADAS, MANTIDAS OU AGRAVADAS PELO TRABALHO (CID-10 G50-59, G90-99, M00-99), EM GERAL CARACTERIZA-SE PELA OCORRÊNCIA DE VÁRIOS SINTOMAS INESPECÍFICOS, CONCOMITANTES OU NÃO, QUE PODEM APARECER AOS POUCOS, TAIS COMO DOR CRÔNICA, PARESTESIA, FADIGA MUSCULAR, MANIFESTANDO-SE PRINCIPALMENTE NO PESCOÇO, COLUNA VERTEBRAL, CINTURA ESCAPULAR, MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID 10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	<b>LER/DORT</b>		<b>Z57.9</b>	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO	7 DATA DO DIAGNÓSTICO

<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	8 NOME DO PACIENTE			9 DATA DE NASCIMENTO
	10 (OU) IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA / COR
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	<input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 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 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 DE RESIDÊNCIA</b>	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO
	20 LOGRADOURO			CÓDIGO
	21 NÚMERO	22 COMPLEMENTO (APTO, CASA...)	23 BAIRRO	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**

<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	31 OCUPAÇÃO		
	32 SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO		33 TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO
	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 ESTATUTÁRIO	08 - TRABALHO TEMPORÁRIO	12 - OUTROS	
99 - IGNORADO			1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO

**DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE**

34 REGISTRO / CNPJ / 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"/> TUBERCULOSE		<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> ASMA	
<input type="checkbox"/> HANSENÍASE <input type="checkbox"/> OUTRAS:		<input type="checkbox"/> TRANSTORNO MENTAL	
47 TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO AGENTE DE RISCO		48 REGIME DE TRATAMENTO	
1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		1 - HOSPITALAR 2 - AMBULATORIAL	

<b>LER / DORT</b>	49 SINAIS E SINTOMAS    1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO
	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR <input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS <input type="checkbox"/> SINAIS FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> OUTRO:
	50 LIMITAÇÃO E INCAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO DE TAREFAS <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO
	51 O PACIENTE ESTÁ EXPOSTO EM SEU LOCAL DE TRABALHO À:    1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO
	<input type="checkbox"/> PRÊMIOS DE PRODUÇÃO <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS REPETITIVOS <input type="checkbox"/> AMBIENTE ESTRESSANTE <input type="checkbox"/> HÁ TEMPO DE PAUSAS <input type="checkbox"/> JORNADA DE TRABALHO DE MAIS DE 6 HORAS
	52 DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO
	<b>CID 10</b>

<b>CONCLUSÃO</b>	53 HOUVE AFASTAMENTO DO TRABALHO PARA TRATAMENTO? <input type="checkbox"/>	54 TEMPO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO PARA TRATAMENTO																
	1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">1 – HORA</td> <td style="text-align: right;">2 – DIA</td> <td style="text-align: right;">3 – MÊS</td> <td style="text-align: right;">4 – ANO</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>									1 – HORA	2 – DIA	3 – MÊS	4 – ANO				
	1 – HORA	2 – DIA	3 – MÊS	4 – ANO														
	55 COM AFASTAMENTO DO TRABALHO <input type="checkbox"/>	56 HÁ OU HOUVE OUTROS TRABALHADORES COM A MESMA DOENÇA NO LOCAL DE TRABALHO? <input type="checkbox"/>																
	1 – MELHORA    2 – PIORA    9 – IGNORADO	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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>																		
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 OUTRAS CAUSAS    8 – OUTRO    9 – IGNORADO																		
59 SE ÓBITO, DATA	60 FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO <input type="checkbox"/>																	
	1 – SIM    2 – NÃO    3 – NÃO SE APLICA    9 – IGNORADO																	

<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES</b>	

<b>INVESTIGADOR</b>	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	FUNÇÃO	
	DATA	ASSINATURA	