



**DEFINIÇÃO DE CASO:** TODOS OS CASOS DE PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO (PAIR) CARACTERIZADOS PELA DIMINUIÇÃO GRADUAL DA ACUIDADE AUDITIVA, DECORRENTE DA EXPOSIÇÃO CONTINUADA AO RUÍDO, ASSOCIADO OU NÃO A SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS, NO AMBIENTE DE TRABALHO. É SEMPRE NEUROSENSORIAL, GERALMENTE BILATERAL, IRREVERSÍVEL E PASSÍVEL DE NÃO PROGRESSÃO UMA VEZ CESSADA A EXPOSIÇÃO AO RUÍDO.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA <b>PAIR</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>H83.3</b>	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	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 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA	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 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 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			33 TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO
	<b>DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE</b>			
	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 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO HIPERTENSÃO ARTERIAL DIABETES MELLITUS HANSENÍASE TRANSTORNO MENTAL TUBERCULOSE ASMA OUTRAS:			
	47 TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO AGENTE DE RISCO 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		48 REGIME DE TRATAMENTO 1 - HOSPITALAR 2 - AMBULATORIAL	

<b>PAIR</b>	49 TIPO DE RÚIDO PREDOMINANTE <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>		
	1 – RÚIDO CONTÍNUO    2 – RÚIDO INTERMITENTE    3 – AMBOS    9 – IGNORADO		
	50 EXPOSIÇÃO CONCOMITANTE A RÚIDO E: <input type="checkbox"/> SOLVENTE A BASE DE TOLUENO <input type="checkbox"/> METAIS PESADOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS OTOTÓXICOS		
	1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> GASES TÓXICOS <input type="checkbox"/> OUTROS:		
51 SINTOMAS			
1 – SIM    2 – NÃO    9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> ZUMBIDO <input type="checkbox"/> TONTURA <input type="checkbox"/> DIFICULDADE P/ COMPREENSÃO DA FALA			
<input type="checkbox"/> CEFALEIA <input type="checkbox"/> OUTROS:			
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		1 – HORA    3 – MÊS 2 – DIA    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 DATA DO ÓBITO		60 FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>		
		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	