



**DEFINIÇÃO DE CASO:** TODO CASO DE CÂNCER QUE TEM ENTRE SEUS ELEMENTOS CAUSAIS A EXPOSIÇÃO A FATORES, AGENTES E SITUAÇÕES DE RISCO PRESENTES NO AMBIENTE E PROCESSO DE TRABALHO, MESMO APÓS A CESSAÇÃO DA EXPOSIÇÃO.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID 10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		C80	
	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	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA	3 - 3º TRIMESTRE 5 - NÃO 9 - IGNORADO
	14 ESCOLARIDADE			
0 - ANALFABETO 1 - 1ª A 4ª SERIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2 - 4ª SERIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)				
3 - 5ª SERIE 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 NUMERO 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	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO
	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	
<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				

<b>CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO</b>	46 TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO AGENTE DE RISCO	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	<input type="checkbox"/>	47 REGIME DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/>	48 DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	<b>CID 10</b>			
	49 HOUVE EXPOSIÇÃO NOS LOCAIS DE TRABALHO, DURANTE TODA A SUA VIDA PROFISSIONAL, A ALGUM DOS ITENS ABAIXO RELACIONADOS?									
		1- SIM	2 - NÃO	9 - IGNORADO						
	<input type="checkbox"/>	ASBESTO OU AMIANTO		<input type="checkbox"/>	CÁDMIO OU SEUS COMPOSTOS					
	<input type="checkbox"/>	SÍLICA LIVRE, ARSÊNICO E SEUS COMPOSTOS ARSENICAIS		<input type="checkbox"/>	CROMO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS					
	<input type="checkbox"/>	AMINAS AROMÁTICAS		<input type="checkbox"/>	COMPOSTOS DE NÍQUEL					
	<input type="checkbox"/>	BENZENO OU SEUS HOMÓLOGOS TÓXICOS		<input type="checkbox"/>	RADIAÇÕES IONIZANTES					
	<input type="checkbox"/>	ALCATRÃO, BREU, BETUME, HULHA MINERAL, PARAFINA E PRODUTOS OU RESÍDUOS DESSAS SUBSTÂNCIAS		<input type="checkbox"/>	RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES					
	<input type="checkbox"/>	HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS OU AROMÁTICOS (SEUS DERIVADOS HALOGENADOS TÓXICOS)		<input type="checkbox"/>	HORMÔNIOS					
	<input type="checkbox"/>	ÓLEOS MINERAIS		<input type="checkbox"/>	ANTINEOPLÁSICOS					
	<input type="checkbox"/>	BERÍLIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS		<input type="checkbox"/>	OUTROS: _____					
	50 HÁBITO DE FUMAR		<input type="checkbox"/>	51 TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO TABACO		1 - HORA 2 - DIA	3 - MÊS 4 - ANO			
	1 - SIM	2 - NÃO	3 - EX-FUMANTE	9 - IGNORADO						
<b>CONCLUSÃO</b>	52 HOUVE OU HÁ OUTROS TRABALHADORES COM A MESMA DOENÇA NO LOCAL DE TRABALHO?									
	1- SIM	2 - NÃO	9 - IGNORADO							<input type="checkbox"/>
	53 EVOLUÇÃO DO CASO									
	1 - SEM EVIDÊNCIA DA DOENÇA (REMISSÃO COMPLETA)	2 - REMISSÃO PARCIAL	3 - DOENÇA ESTÁVEL	4 - DOENÇA EM PROGRESSÃO	5 - FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA	6 - ÓBITO POR CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO	7 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	8 - NÃO SE APLICA	9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/>
	54 SE ÓBITO, DATA	55 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								