

Definição de caso: É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinelas, entre outros, aqueles que resultarem em Leucemia por exposição ao benzeno - CID C91 e C95, mesotelioma por amianto CID C45 e angiossarcoma hepático por exposição a cloreto de vinila CID 22.3.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação	6 Código (CID10) C80
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico
	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
Dados de Residência	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 à 8ª 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
	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
Antecedentes Epidemiológicos	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

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário
	09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	Dados da Empresa Contratante	
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador
36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF 38 Município	
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	

Câncer relacionado ao trabalho

46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco
 1 - Hora 2 - Dia
 3 - Mês 4 - Ano

47 Regime de Tratamento
 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

48 Diagnóstico Específico
 CID 10

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

Asbesto ou amianto
 Silica livre, arsênico e seus compostos arsenicais
 Aminas aromáticas
 Benzeno ou seus homólogos tóxicos
 Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias
 Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)
 Óleos minerais
 Berílio e seus compostos tóxicos

Cádmio ou seus compostos
 Cromo ou seus compostos tóxicos
 Compostos de níquel
 Radiações ionizantes
 Radiações não ionizantes
 Hormônios
 Antineoplásicos
 Outros _____

50 Hábito de Fumar
 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado

51 Tempo de Exposição ao tabaco
 1 - Hora 2 - Dia
 3 - Mês 4 - Ano

52 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

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

54 Se Óbito, Data

55 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Conclusão

Informações complementares e observações

Blank area for additional information and observations.

Investigador

Município/Unidade de Saúde
 Nome
 Função

Cód. da Unid. de Saúde
 Assinatura