

**Definição de caso:** Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença <b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Dermatoses Ocupacionais</b>	Código (CID10) <b>L98.9</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	
Notificação Individual	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 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	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		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		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 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 ou 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 <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> 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	

Dermatoses Ocupacionais	<b>49</b> Principal Agente Causador da Dermatose		<input type="checkbox"/>		
	01- Cimento	05- Graxas	09-Cosméticos	99-Ignorado	
	02- Borracha	06- Óleo de Corte	10- Madeiras		
	03- Plástico	07- Resinas	11- Cromo		
	04- Solventes Orgânicos	08-Níquel	12- Outros _____		
	<b>50</b> Localização da lesão (parte do corpo atingida)			<input type="checkbox"/>	
	01- Mão	03- Cabeça	05- Tórax	07- Membro inferior	09- Todo o corpo
02- Membro superior	04- Pescoço	06- Abdome	08- Pé	10- Outro _____	
Conclusão	<b>51</b> Teste epicutâneo positivo		<input type="checkbox"/>	<b>52</b> Diagnóstico Específico	
	1- Sim 2- Não 9-Ignorado			<b>CID 10</b> _____	
	<b>53</b> Houve afastamento do trabalho para tratamento?		<input type="checkbox"/>	<b>54</b> Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento	
	1-Sim 2 - Não 9- Ignorado			_____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	<b>55</b> Com Afastamento do Trabalho		<input type="checkbox"/>	<b>56</b> Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?	
	1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado			1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	
<b>57</b> 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 _____	
<b>58</b> Evolução do Caso					
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 Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado					
<b>59</b> Data do óbito		<b>60</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho			
_____		1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado			

**Informações complementares e observações**


Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			