

**Definição de caso:** É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT		Z57.9			
Notificação Individual	4	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7		Data do Diagnóstico			
Dados de Residência	8				9	
	Nome do Paciente				Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado	13
	14		Escolaridade		13	
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 a 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		16		
Número do Cartão SUS		Nome da mãe				
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)	
	19		Distrito			
	20	21		Bairro Logradouro (rua, avenida,...)		
	22		23		Número Complemento (apto., casa, ...)	
	24		25		Geo campo 1 Geo campo 2	
	26		27		Ponto de Referência CEP	
	28		29		DDD Telefone 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			33	
	Situação no Mercado de Trabalho			Tempo de Trabalho na Ocupação	
	01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário			09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	
	05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	Dados da Empresa Contratante				
	34		35		
Registro/ CNPJ ou CPF		Nome da Empresa ou Empregador			
36		37	38	39	
Atividade Econômica (CNAE)		UF	Município	Código (IBGE)	
39		40		41	
Distrito		Bairro		Endereço	
42		43		44	
Número		Ponto de Referência		(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		48			
Tempo de Exposição ao Agente de Risco		Regime de Tratamento			
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1- Hospitalar 2 - Ambulatorial			

**Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT**

LER/ DORT

**49** Sinais e Sintomas  Alteração de sensibilidade  Diminuição de força muscular  Diminuição do movimento  
 1-Sim 2- Não 9-Ignorado  Limitação de movimentos  Sinais flogísticos  Dor  Outro: \_\_\_\_\_

**50** Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas   
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

**51** O paciente está exposto em seu local de trabalho à:  
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado  
 Prêmios de produção  Movimentos repetitivos  ambiente estressante  
 Há tempo de pausas  Jornada de trabalho de mais de 6 horas

**52** Diagnóstico Específico  
 CID 10 \_\_\_\_\_

Conclusão

**53** Houve afastamento do trabalho para tratamento?   
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

**54** Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento \_\_\_\_\_  
 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

**55** Com Afastamento do Trabalho   
 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado

**56** Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?   
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

**57** Conduta Geral 1-Sim 2 - Não

Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho  Adoção de mudança na organização do trabalho  Adoção de proteção coletiva  
 Adoção de proteção individual  Nenhum  Afastamento do local de trabalho  Outros \_\_\_\_\_

**58** 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

**59** Se Óbito, Data \_\_\_\_\_

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

**Informações complementares e observações**


<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde _____	Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____