

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO**
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição á determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos á organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	TRANSTORNOS MENTAIS		Código (CID10)
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/RELACIONADOS AO TRABALHO		F99	3 Data da Notificação
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código
	7 Data do Diagnóstico			
Dados de Residência	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	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,...)	
	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	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	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			
	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				

Dados Complementares do Caso

Transtornos mentais	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 Hábitos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas psicoativas <input type="checkbox"/> Psicofármacos	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	
Conclusão	52 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Afastamento da situação de desgaste mental <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Outros _____			
	53 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	54 O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	55 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			
56 Se Óbito, Data	57 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	Função