

**Definição de caso: Toda alteração da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho, relacionadas à exposição a agentes químicos, biológicos ou físicos, e ainda a quadros psíquicos, podendo ocasionar afecções do tipo irritativa (a maioria) ou sensibilizante, que foi confirmado por critérios clínicos, epidemiológicos ou laboratoriais.**

|                        |    |   |   |                                |  |
|------------------------|----|---|---|--------------------------------|--|
| Dados Gerais           | 1  | Tipo de Notificação   |   | 2 - Individual                 |  |
|                        | 2  | Agravo/doença   | <b>Dermatoses Ocupacionais</b>  |                                | Código (CID10)<br><b>L98.9</b>   |
|                        | 3  | Data da Notificação   |   |                                |  |
|                        | 4  | UF  | 5   | Município de Notificação       | Código (IBGE)  |
| Notificação Individual | 6  | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  |   | Código                         |  |
|                        | 7  | Data do Diagnóstico   |   |                                |  |
|                        | 8  | Nome do Paciente  |   | 9                              |  |
|                        | 9  | Data de Nascimento  |   |                                |  |
| Notificação Individual | 10 | (ou) Idade  | 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano   | 11                             | Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>1 - Ignorado                       |
|                        | 12 | Gestante  | 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre<br>4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica<br>9-Ignorado | 13                             | Raça/Cor<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
|                        | 14 | Escolaridade<br>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)<br>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)<br>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                             |  |
| Dados de Residência    | 16 | Nome da mãe   |   |                                |  |
|                        | 17 | UF  | 18  | Município de Residência        | Código (IBGE)  |
|                        | 19 | Distrito  |   |                                |  |
|                        | 20 | Bairro  | 21  | Logradouro (rua, avenida,...)  | Código   |
|                        | 22 | Número  | 23  | Complemento (apto., casa, ...) | 24   |
|                        | 24 | Geo campo 1   |   |                                |  |
| Dados de Residência    | 25 | Geo campo 2   |   | 26                             |  |
|                        | 26 | Ponto de Referência   |   | 27                             |  |
|                        | 27 | CEP   |   |                                |  |
|                        | 28 | (DDD) Telefone  |   | 29                             |  |
|                        | 29 | Zona  | 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado   | 30                             |  |
|                        | 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<br>02 - Empregado não registrado<br>03- Autônomo/ conta própria<br>04- Servidor público estatutário | 05 - Servidor público celetista<br>06- Aposentado<br>07- Desempregado<br>08 - Trabalho temporário |           |
|                              | 33                                    | Tempo de Trabalho na Ocupação   |  | 09 - Cooperativado<br>10- Trabalhador avulso<br>11- Empregador<br>12- Outros<br>99 - Ignorado  | 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano   |           |
|                              | <b>Dados da Empresa Contratante</b>   |                                 |  |  |   |           |
|                              | 34                                    | Registro/ CNPJ ou CPF           |  | 35   |   |           |
|                              | 35                                    | Nome da Empresa ou Empregador   |  |  |   |           |
|                              | 36                                    | Atividade Econômica (CNAE)      | 37   | UF   | 38  | Município |
|                              | 38                                    | Código (IBGE)                   |  |  |   |           |
|                              | 39                                    | Distrito                        | 40   | Bairro   | 41  |           |
|                              | 41                                    | Endereço                        |  |  |   |           |
| 42                           | Número                                | 43                              | Ponto de Referência  | 44   |   |           |
| 44                           | (DDD) Telefone                        |                                 |  |  |   |           |
| 45                           | O Empregador é Empresa Terceirizada   |                                 | 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado   |  |   |           |
| 46                           | Agravos Associados                    |                                 | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental<br><input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____ |  |   |           |
| 47                           | Tempo de Exposição ao Agente de Risco |                                 | 48   |  |   |           |
| 48                           | Regime de Tratamento                  |                                 | 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial   |  |   |           |

**Dermatoses Ocupacionais**

Dermatoses Ocupacionais

**49** Principal Agente Causador da Dermatose

|                         |                   |                  |              |
|-------------------------|-------------------|------------------|--------------|
| 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 _____ |              |

**50** Localização da lesão (parte do corpo atingida)

|                     |             |            |                     |                  |               |
|---------------------|-------------|------------|---------------------|------------------|---------------|
| 01- Mão             | 03- Cabeça  | 05- Tórax  | 07- Membro inferior | 09- Todo o corpo | 99 - Ignorado |
| 02- Membro superior | 04- Pescoço | 06- Abdome | 08- Pé              | 10- Outro _____  |               |

**51** Teste epicutâneo positivo

1- Sim    2- Não    9- Ignorado

**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

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <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 _____                |   |

**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** Data do óbito

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**60** 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                     |                        |