



**Definição de caso:** Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos:

- a) **Pneumoconiose:** causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina.
- b) **Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão:** causada pela inalação de poeiras de carvão mineral.
- c) **Asbestose:** causada pela inalação de fibras de asbesto ou amianto
- d) **Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas:** berilose (exposição ao berílio); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro) e estanhose (exposição a estanho).
- e) **Pneumoconiose por poeiras mistas:** englobam pneumocinioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidas à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anátomopatológico típico de silicose.

<b>Dados Gerais</b>	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Pneumoconioses		J64		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	

<b>Notificação Individual</b>	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor			
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	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				

<b>Dados de Residência</b>	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	30 País (se residente fora do Brasil)		
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

**Dados Complementares do Caso**

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	31 Ocupação					
	32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
	01 - Empregado registrado com carteira assinada	05 - Servidor público celetista	09 - Cooperativado	1 - Hora		
	02 - Empregado não registrado	06 - Aposentado	10 - Trabalhador avulso	2 - Dia		
	03 - Autônomo/ conta própria	07 - Desempregado	11 - Empregador	3 - Mês		
	04 - Servidor público estatutário	08 - Trabalho temporário	12 - Outros	4 - Ano		
	99 - Ignorado					
<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						

<b>Ant. Epid.</b>	46 Agravos Associadas 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Limitação crônica ao fluxo aéreo <input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/> Tireoidite <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		<input type="checkbox"/>

<b>Pneumoconioses</b>	49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>	50 Especificar	
	51 Agentes de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sílica <input type="checkbox"/> Asbesto	<input type="checkbox"/> Poeiras de carvão mineral <input type="checkbox"/> Poeiras mistas (silicatos, talco)	<input type="checkbox"/> Metais duros (cobalto, titânio, tungstênio) <input type="checkbox"/> Poeiras de abrasivos	<input type="checkbox"/> Berílio <input type="checkbox"/> Poeiras orgânicas	
	52 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	53 Tempo de Exposição ao tabaco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
54 Confirmação Diagnóstica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			55 Diagnóstico Específico		
<input type="checkbox"/> Radiografia de tórax <input type="checkbox"/> Biópsia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tomografia de tórax de alta resolução	<input type="checkbox"/> Outro	CID 10 _____		
56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	57 Avaliação funcional (prova de função pulmonar) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>	
				58 Resultado da avaliação funcional 1-Normal 2- Alterada	

<b>Conclusão</b>	59 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"/> Adoção de proteção individual	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____	
60 Evolução do Caso				<input type="checkbox"/>
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				
61 Se Óbito, Data		62 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho		<input type="checkbox"/>
_____		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
	_____	_____	_____