

CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO

INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.

CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**
 2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (CID 10) que está sendo notificado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- *QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, Nº CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena. Considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

*Caso o endereço não for encontrado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João). **CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL**

33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação em hora, dia, mês ou ano. **CAMPO ESSENCIAL.**

34. Anotar o número de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF **CAMPO ESSENCIAL.**

35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

37. Anotar a unidade federada, o estado onde está localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Anotar o município onde está localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

39. Anotar o distrito do município onde está localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**

40. Anotar o bairro do município onde está localizada a empresa contratante **CAMPO ESSENCIAL.**

41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**

42. Anotar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.

44. Anotar o telefone da empresa.

45. Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada (1- sim, 2- não, 3- não se aplica, 9 – ignorado) **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Anotar o tempo (hora, dia, mês, ano) de exposição ao agente de risco causador do câncer. **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Identificar o regime de tratamento (1- hospitalar, 2- ambulatorial) , conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Identifique o diagnostico específico de acordo com o CID 10 correspondente. **CAMPO ESSENCIAL.**

49. Anotar se houve exposição (1- sim, 2- não – 9 ignorado) aos agentes relacionados (Asbesto ou amianto, Cádmio ou seus compostos, Sílica livre, arsênico e seus compostos arsenicais, Cromo ou seus compostos tóxicos, Aminas aromáticas, Compostos de níquel, Benzeno ou seus homólogos tóxicos, Radiações ionizantes, Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias, Radiações não ionizantes, Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos), Hormônios, Óleos minerais, Antineoplásicos, Berílio e seus compostos tóxicos, Outros, durante toda a vida profissional , preencher nos campos citados.

50. Identificar o hábito de fumar ou não. **CAMPO ESSENCIAL**

51. Anotar o tempo de exposição ao tabaco. **CAMPO ESSENCIAL**

52. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho Trabalho (1- sim, 2-não, ou 09–ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**

53. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas (1-Sem evidência da doença (remissão completa) 2-Remissão parcial 3-Doença estável 4-Doença em progressão 5-Fora de possibilidade terapêutica 6-Óbito por câncer relacionado ao trabalho 7-Óbito por outras causas 8-Não se aplica 9-Ignorado) . **CAMPO ESSENCIAL**

54. Identifique se houve óbito e a data em que ocorreu. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO A RESPOSTA AO ITEM 53 FOR ÓBITO.**

55. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho (1- sim, 2- não, 3- não se aplica ou 09 –ignorado) para o INSS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.