

**LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS
OSTEOMUSCULARES PELO TRABALHO (LER/DORT)
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.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**.

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS9 (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/CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RAÇA (TALVEZ), 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.**

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), CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher se o paciente é Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

14. 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.**

Preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física), **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.**

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

Preencher a orientação sexual do paciente, 1= Mulher Cisgênero; 2= Homem cisgênero; 3= Mulher transgênero; 4= Homem transgênero; 5= Travesti, 6= Não binário, 7= 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 da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando UF for digitada.**

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 tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia, **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. O campo Geocampo 1 é de preenchimento automático pelo sistema.

25. O campo Geocampo 2 é de preenchimento automático pelo sistema.

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).

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.**

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, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a data de investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

32. Identifique a situação no mercado de trabalho: 1- Empregado registrado com carteira assinada, 2- Empregado não registrado, 3- Autônomo/conta própria, 4- Servidor público estatutário, 5- Servidor público celetista, 6- Aposentado, 7- Desemprego, 8- Trabalho temporário, 9- Cooperativado, 10- Trabalhador avulso, 11- Empregado, 12- Outros, 99- Ignorado . **CAMPO ESSENCIAL.**

33. Informar o tempo de trabalho na ocupação: 1- Hora, 2- Dias, 3- Meses, 4- Anos. **CAMPO ESSENCIAL.**

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

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

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

37. Informar a unidade federada (sigla do Estado), o estado onde está localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**

38. Informar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 37 for preenchido.**

39. Informar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

40. Informar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

41. Informar o endereço da empresa (rua, avenida...) **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

42. Informar o número das instalações da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

43. Informar um ponto de referência para localização da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

44. Informar o telefone da empresa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL, quando o campo 37 for preenchido.**

45. Informar se a empresa contratante e empresa terceirizada: (1= sim, 2= não, 3= não se aplica ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Informar os agravos associados: hipertensão arterial, tuberculose, Diabetes mellitus, Asma, Hanseníase, Transtorno mental, Outros (especificar) com as opções de resposta 1-Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

47. Informar o tempo de exposição ao agente de risco: 1- Hora, 2- Dia, 3- Mês, 4- Ano. **CAMPO ESSENCIAL.**

48. Informar o regime de tratamento: 1- Hospitalar, 2- Ambulatorial. **CAMPO DE PREENCHIMENTO ESSENCIAL.**

49. Informar os sinais e sintomas: Alteração de sensibilidade, diminuição de força muscular, diminuição do movimento, limitação de movimentos, sinais flogísticos, dor, outros (especificar). **CAMPO ESSENCIAL.**

50. Informar se há limitação e incapacidade para o exercício das tarefas: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

51. Informar se o paciente está exposto em seu local de trabalho a: Prêmios de produção, Tempo de pausas, Movimentos repetitivos, Jornada de trabalho de mais de 6 horas, Ambiente estressante com as opções de resposta 1- Sim, 2-Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

52. Informar o diagnóstico específico CID 10 . **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

53. Informar se houve afastamento do trabalho para tratamento: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

54. Informar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento: 1- Hora, 2- Dia, 3- Mês, 4- Ano. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 53= 1- Sim.**

55. Informar se com o afastamento do trabalho houve: 1- Melhora, 2- Piora, 9-

Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando a resposta ao campo 53 for 1- sim.

56. Informar se há ou houve outros trabalhos com a mesma doença no local de trabalho: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

57. Informar a conduta geral: Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho, adoção de proteção individual, adoção de mudança na organização do trabalho, nenhum, adoção de proteção coletiva, afastamento do local de trabalho, outros (especificar) com as opções de resposta 1- sim ou 2- não. **CAMPO ESSENCIAL.**

58. Informar a 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 outras causas, 8- Outro, 9- Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

59. Informar a data de Óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 66= 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho, ou 7- Óbito por outras causas.**

60. Informar se foi emitida a comunicação de acidente de trabalho (CAT) com as opções de resposta 1- Sim, 2- Não, 3- Não se aplica, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

61. **Observação e informações adicionais**, informar caso haja informações relevantes ao caso.