

CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO

Definição de caso: Todo caso de câncer que tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	
	CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		C80	
	3 Data da Notificação		4 UF	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7 Data do Diagnóstico		8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade	
	11 Sexo		12 Gestante	
	13 Raça/Cor		14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
	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		32 Situação no Mercado de Trabalho		
33 Tempo de Trabalho na Ocupação		Dados da Empresa Contratante		
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador		
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF		
38 Município		39 Distrito		
40 Bairro		41 Endereço		
42 Número		43 Ponto de Referência		
44 (DDD) Telefone		45 O Empregador é Empresa Terceirizada		
4- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado				

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Ocupação		32 Situação no Mercado de Trabalho	
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		Dados da Empresa Contratante	
	34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador	
	36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	
	38 Município		39 Distrito	
	40 Bairro		41 Endereço	
	42 Número		43 Ponto de Referência	
	44 (DDD) Telefone		45 O Empregador é Empresa Terceirizada	
	4- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado			

CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO	46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	47 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/>	48 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	49 Houve exposição nos locais de trabalho, durante toda a sua vida profissional, a algum dos itens abaixo relacionados?		
	<input type="checkbox"/> Asbesto ou amianto <input type="checkbox"/> Sílica livre, arsênico e seus compostos arsenicais <input type="checkbox"/> Aminas aromáticas <input type="checkbox"/> Benzeno ou seus homólogos tóxicos <input type="checkbox"/> Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias <input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos) <input type="checkbox"/> Óleos minerais <input type="checkbox"/> Berílio e seus compostos tóxicos	<input type="checkbox"/> Cádmio ou seus compostos <input type="checkbox"/> Cromo ou seus compostos tóxicos <input type="checkbox"/> Compostos de níquel <input type="checkbox"/> Radiações ionizantes <input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes <input type="checkbox"/> Hormônios <input type="checkbox"/> Antineoplásicos <input type="checkbox"/> Outros _____	
	50 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Tempo de Exposição ao tabaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	52 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
53 Evolução do Caso 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 <input type="checkbox"/>			
54 Se Óbito, Data	55 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÃO 			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	