

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		3 Data da Notificação		
	2 Agravo/doença CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		Código (CID10) C80		
	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 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não se aplica 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	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			Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não	Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não	CPF do paciente	Nacionalidade	
	Passaporte		Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Unidade de Saúde de Referência					
Dados complementares do caso					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09- Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08- Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	Dados da Empresa Contratante				
	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				

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	