

## DERMATOSES OCUPACIONAIS

**Definição de caso:** Toda alteração da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho, relacionadas à exposição a agentes químicos, biológicos ou físicos, e ainda a quadros psíquicos, podendo ocasionar afecções do tipo irritativa (a maioria) ou sensibilizante, que foi confirmado por critérios clínicos, epidemiológicos ou laboratoriais.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	DERMATOSES OCUPACIONAIS		L98.9	
	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		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		46 Unidade de Saúde de Referência		
47 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		48 Dados complementares do caso		
49 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		50 31- Ocupação		
51 32- Situação no Mercado de Trabalho		52 33- Tempo de Trabalho na Ocupação		
53 34- Registro/ CNPJ ou CPF		54 35- Nome da Empresa ou Empregador		
55 36- Atividade Econômica (CNAE)		56 37- UF		
57 38- Município		58 39- Distrito		
59 40- Bairro		60 41- Endereço		
61 42- Número		62 43- Ponto de Referência		
63 44- (DDD) Telefone		64 45- O Empregador é Empresa Terceirizada		
65 46- Unidade de Saúde de Referência		66 47- 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		

ANTECEDENTES	<b>46</b> Agravos Associados <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____		
	<b>47</b> Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>48</b> Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial	
DERMATOSES OCUPACIONAIS	<b>49</b> Principal Agente Causador da Dermatose <span style="float: right;">□ □</span>  01- Cimento                      05- Graxas                      09- Cosméticos                      99- Ignorado 02- Borracha                      06- Óleo de Corte                      10- Madeiras 03- Plástico                      07- Resinas                      11- Cromo 04- Solventes Orgânicos    08- Níquel                      12- Outros: _____		
	<b>50</b> Localização da lesão (parte do corpo atingida) <span style="float: right;">□ □</span> 01- Mão                      03- Cabeça    05- Tórax                      07- Membro inferior    09- Todo o corpo                      99 - Ignorado 02- Membro superior    04- Pescoço    06- Abdome    08- Pé                      10- Outro _____		
	<b>51</b> Teste epicutâneo positivo 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>52</b> Diagnóstico Específico <b>CID 10</b> □ □ □ □	
CONCLUSÃO	<b>53</b> Houve afastamento do trabalho para tratamento? 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>54</b> Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano                      □ □ □	
	<b>55</b> Com Afastamento do Trabalho 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>56</b> Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
	<b>57</b> 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"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>58</b> Evolução do Caso 1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total <input type="checkbox"/> 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado		
	<b>59</b> Data do óbito	<b>60</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1- Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
<b>OBSERVAÇÃO</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura