

**Definição de caso:** todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual															
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação													
	4		UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)												
	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7		Data do Diagnóstico											
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	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 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena			
	14		Escolaridade		16		Nome da mãe		Etnia		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado								
	15		Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		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						
DADOS DE RESIDÊNCIA	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		30		País (se residente fora do Brasil)								
	( )		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)												
Unidade de Saúde de Referência																			
<b>Dados complementares do caso</b>																			
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31		Data da Investigação		32		Ocupação												
	33		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															
34		Local de ocorrência da exposição		1. Residência		2. Ambiente de trabalho		3. Trajeto do trabalho		4. Serviços de saúde		5. Escola/creche		6. Ambiente externo		7. Outro		9. Ignorado	
DADOS DA EXPOSIÇÃO	35		Nome do local/estabelecimento de ocorrência		36		Atividade Econômica (CNAE)												
	37		UF		38		Município do estabelecimento		Código (IBGE)		39		Distrito						

DADOS DA EXPOSIÇÃO

40 Bairro		41 Logradouro ( rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP
46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 – Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)
49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral				
01.Medicamento		02.Agotóxico;uso agrícola		03.Agotóxico/uso doméstico
05.Raticida		06.Produto veterinário		07.Produto de uso Domiciliar
09.Produto químico de uso industrial		10.metal		08.Cosmético/higiene pessoal
13.Alimento e bebida		14.Outro _____		11.Drogas de abuso
				12.Planta tóxica
				99.Ignorado
50 Agente tóxico (informar até três agentes)				
Nome Comercial/popular		Princípio Ativo		
1 - _____		1 - _____		
2 - _____		2 - _____		
3 - _____		3 - _____		
51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização				
1.Inseticida		2.Herbicida		3.Carrapaticida
7.Outro _____		8.Não se aplica		9.Ignorado
				4.Raticida
				5.Fungicida
				6.Preservante para madeira
52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual				
01- Diluição		05- Colheita		09-Outros
02- Pulverização		06- Transporte		10-Não se aplica
03- Tratamento de sementes		07- Desinsetização		99-Ignorado
04- Armazenagem		08- Produção/formulação		1ªOpção: <input type="checkbox"/>
				2ªOpção: <input type="checkbox"/>
				3ªOpção: <input type="checkbox"/>
53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura				
54 Via de exposição/contaminação				
1- Digestiva		4-Ocular		7-Transplacentária
2-Cutânea		5-Parenteral		8-Outra
3-Respiratória		6-Vaginal		9-Ignorada
				1ªOpção: <input type="checkbox"/>
				2ªOpção: <input type="checkbox"/>
				3ªOpção: <input type="checkbox"/>
55 Circunstância da exposição/contaminação				
01-Usos Habitual		02-Acidental		03-Ambiental
06-Erro de administração		07-Automedicação		08-Abuso
11-Tentativa de aborto		12-Violência/homicídio		13-Outra: _____
				04-Usos terapêuticos
				05-Prescrição médica inadequada
				09-Ingestão de alimento ou bebida
				10-Tentativa de suicídio
				99-Ignorado
56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?		57 Tipo de Exposição		
1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado		1 -Aguda - única 2 -Aguda - repetida 3 – Crônica		
		4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO

58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento				
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado		
59 Tipo de atendimento		60 Houve hospitalização?		61 Data da internação
1 -Hospitalar 2 -Ambulatorial		1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado		62 UF
3 - Domiciliar 4 -Nenhum 9 - Ignorado				
63 Município de hospitalização		64 Unidade de saúde		Código
Código (IBGE)				

CONCLUSÃO DO CASO

65 Classificação final				
1 - Intoxicação confirmada		2 - Só Exposição		3 -Reação Adversa
4 -Outro Diagnóstico		5 -Síndrome de abstinência		9 -Ignorado
66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico				
		CID - 10 <input type="checkbox"/>		
67 Critério de confirmação		68 Evolução do Caso		
1 - Laboratorial		1 - Cura sem sequela 2 - Cura com sequela 3 - Óbito por intoxicação exógena		
2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado		
69 Data do óbito		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.		71 Data do Encerramento
		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		

CONCLUSÃO DO CASO

OBSERVAÇÃO

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura