

Definição de caso: Todas as doenças, lesões e síndromes que afetam o sistema músculo esquelético, causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho (CID-10 G50-59, G90-99, M00-99). Em geral caracteriza-se pela ocorrência de vários sintomas inespecíficos, concomitantes ou não, que podem aparecer aos poucos, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, coluna vertebral, cintura escapular, membros superiores ou inferiores.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravo/doença LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/ DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES PELO TRABALHO (LER/DORT)		Código (CID10) Z57.9			
	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 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			15 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	
	Passaporte		Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
DADOS DE RESIDÊNCIA	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		
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 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado						

46 Agravos Associados Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus Hanseníase Transtorno Mental
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Tuberculose Asma Outras: _____

47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano **48** Regime de Tratamento
 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT
49 Sinais e Sintomas Alteração de sensibilidade Diminuição de força muscular Diminuição do movimento
 1-Sim 2- Não 9- Ignorado Limitação de movimentos Sinais flogísticos Dor Outro: _____

50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado **51** O paciente está exposto em seu local de trabalho à: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Prêmios de produção Movimentos repetitivos Ambiente estressante
 Há tempo de pausas Jornada de trabalho de mais de 6 horas

52 Diagnóstico Específico
 CID 10

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado **54** Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55 Com Afastamento do Trabalho
 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado **56** Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Conduta Geral
 Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho Adoção de mudança na organização do trabalho Adoção de proteção coletiva
 Adoção de proteção individual Nenhum Afastamento do local de trabalho Outros _____

58 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 Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado

59 Se Óbito, Data **60** Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

OBSERVAÇÃO

Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura