

Definição de caso: : Todos os casos de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) caracterizados pela diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada ao ruído, associado ou não a substâncias químicas, no ambiente de trabalho. É sempre neurosensorial, geralmente bilateral, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO, RELACIONADA AO TRABALHO - PAIR		Código (CID10) H83.3		
	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 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 a 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		
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	
	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					

ANTEC. EPIDEMIOLOG	47 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: _____		
	47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		48 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/>
PAIR	Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR		
	49 Tipo de Ruído Predominante 1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
	50 Exposição Concomitante a Ruído e: <input type="checkbox"/> Solvente a Base de Tolueno <input type="checkbox"/> Metais Pesados <input type="checkbox"/> Medicamentos Ototóxicos 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Gases Tóxicos <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	51 Sintomas 1-Sim <input type="checkbox"/> Zumbido <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Dificuldade p/ compreensão da fala 2- Não <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros: _____ 9-Ignorado		52 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
55 Com Afastamento do Trabalho 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
57 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 _____			
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 <input type="checkbox"/>			
59 Data do óbito		60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÃO			
INVESTIGADOR			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	