

**Definição de caso:** Todas as doenças pulmonares causadas pela inalação e acúmulo de poeiras inorgânicas nos pulmões com reação tissular à presença dessas poeiras, devido exposição no ambiente ou processo de trabalho. Exemplos de pneumoconioses: asbestose, silicose, berliose, estanhose, siderose entre outras.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	PNEUMOCONIOSES		J64	
	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
	14 Escolaridade			15 Etnia
	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			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
	1- sim 2- não	1- sim 2- não		
	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	30 País (se residente fora do Brasil)
	( )		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	Unidade de Saúde de Referência			
<b>Dados complementares do caso</b>				
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário			05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário
	09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>			
	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. EPIDEMIOLO	<b>46</b> Agravos Associados <input type="checkbox"/> Limitação crônica ao fluxo aéreo <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Tireoidite <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide <input type="checkbox"/> Outras: _____		
	<b>47</b> Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>48</b> Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/>	
PNEUMOCONIOSES	<b>Pneumoconioses</b> <b>49</b> A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa    1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> <b>50</b> Especificar _____		
	<b>51</b> Agentes de Exposição    1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sílica <input type="checkbox"/> Poeiras de carvão mineral <input type="checkbox"/> Metais duros (cobalto, titânio, tungstênio) <input type="checkbox"/> Berílio <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Poeiras mistas (silicatos, talco) <input type="checkbox"/> Poeiras de abrasivos <input type="checkbox"/> Poeiras orgânicas		
	<b>52</b> Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>53</b> Tempo de Exposição ao tabaco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<b>54</b> Confirmação Diagnóstica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Radiografia de tórax <input type="checkbox"/> Biópsia pulmonar <input type="checkbox"/> Tomografia de tórax de alta resolução <input type="checkbox"/> Outro		<b>55</b> Diagnóstico Específico <b>CID 10</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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> Avaliação funcional (prova de função pulmonar) 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>58</b> Resultado da avaliação funcional 1-Normal 2-Alterada <input type="checkbox"/>
	<b>59</b> Conduta Geral <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 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____		
CONCLUSÃO	<b>60</b> 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"/>		
	<b>61</b> Se Óbito, Data _____	<b>62</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>			
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura