

TRANSTORNOS MENTAIS

Definição de caso: Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravamento/doença		3 Data da Notificação	
	TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO		Código (CID10) F99	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	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 3- Ignorado	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
PcD (pessoa com deficiência)		17 Pessoa em situação de rua		
1- sim 2- não		1- sim 2- não		
Passaporte		18 CPF do paciente		
		19 Nacionalidade		
		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		
Unidade de Saúde de Referência		30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	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			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				

TRANSTORNOS MENTAIS	46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		47 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial		48 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	49 Hábitos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas psicoativas <input type="checkbox"/> Psicofármacos		50 Hábito de Fumar <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado		51 Tempo de Exposição ao tabaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	52 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Afastamento da situação de desgaste mental <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 _____					
CONCLUSÃO	53 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado			54 O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	55 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"/>					
	56 Se Óbito, Data			57 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		
OBSERVAÇÃO _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____						
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	