

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - DERMATOSES OCUPACIONAIS
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. (1= Emprego registrado com carteira assinada, 2= Emprego não registrado, 3= Autônomo/conta própria, 4= Servidor público estatutário, 5= Servidor público celetista, 6= Aposentado, 7= Desempregado, 8= Trabalho temporário, 9= Cooperativado, 10= Trabalhador avulso, 11= Empregador, 12= Outros ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida. **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o numero das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. (1= Sim, 2= Não, 3= Não se aplica ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

46. Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da dermatose.
48. Anote o regime de tratamento utilizado (1= Hospitalar ou 2= Ambulatorial). **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Identifique o principal agente causador da dermatose ocupacional. (1= Cimento, 2= Borracha, 3= Plástico, 4= Solventes Orgânicos, 5= Graxas, 6= Óleo de Corte, 7= Resinas, 8= Níquel, 9= Cosméticos, 10= Madeiras, 11= Cromo, 12= Outros ou 99= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
50. Identifique a localização da lesão (parte do corpo atingida). (1= Mão, 2= Membro superior, 3= Cabeça, 4= Pescoço, 5= Tórax, 6= Abdome, 7= Membro inferior, 8= Pé, 9= Todo o corpo, 10= Outro ou 99= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Anote se o resultado do teste epicutâneo foi positivo. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Anote o diagnóstico específico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Anotar se houve afastamento do trabalho para tratamento. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
54. Anotar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Anotar como evolui o caso com o afastamento do trabalho. (1= Melhora, 2= Piora ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. (1= sim ou 2= não). **CAMPO ESSENCIAL.**
58. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. (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 ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
59. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
60. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS. (1= Sim, 2= Não, 3= Não se aplica ou 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.