

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT

Definição de caso: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT		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	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 9- Ignorado	
	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						
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			

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			

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						
46 Agravos Associados						
1- Sim 2- Não 9-Ignorado		Hipertensão Arterial		Diabetes Mellitus		
		Tuberculose		Asma		
				Hanseníase		
				Transtorno Mental		
				Outras: _____		
47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco			48 Regime de Tratamento			
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			1- Hospitalar 2 - Ambulatorial			

Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT

LER/ DORT	49 Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Alteração de sensibilidade <input type="checkbox"/> Diminuição de força muscular <input type="checkbox"/> Diminuição do movimento 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Limitação de movimentos <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outro: _____
	50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Prêmios de produção <input type="checkbox"/> Movimentos repetitivos <input type="checkbox"/> ambiente estressante <input type="checkbox"/> Há tempo de pausas <input type="checkbox"/> Jornada de trabalho de mais de 6 horas
52 Diagnóstico Específico CID 10	

Conclusão	53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	55 Com Afastamento do Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado	56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado
	57 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 <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____	1-Sim 2 - Não
	58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 	60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>	Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>	
	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>	Assinatura <input type="text"/>