

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, beriliose, 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)	
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	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			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 à 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			09 - Cooperativado	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	10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			

Dados da Empresa Contratante

Antecedentes Epidemiológicos	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		

Ant. Epid.	46 Agravos Associadas 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Limitação crônica ao fluxo aéreo <input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/> Tireoidite <input type="checkbox"/> Outras: _____
	47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	48 Regime de Tratamento <input type="checkbox"/>	

Pneumoconioses	49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>	50 Especificar _____	
	51 Agentes de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sílica <input type="checkbox"/> Asbesto	<input type="checkbox"/> Poeiras de carvão mineral <input type="checkbox"/> Poeiras mistas (silicatos, talco)	<input type="checkbox"/> Metais duros (cobalto, titânio, tungstênio) <input type="checkbox"/> Poeiras de abrasivos	<input type="checkbox"/> Berílio <input type="checkbox"/> Poeiras orgânicas	
	52 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	53 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	

Conclusão	54 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	55 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 Avaliação funcional (prova de função pulmonar) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	58 Resultado da avaliação funcional 1-Normal 2-Alterada
	59 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 proteção individual	<input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____	

60 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"/>
61 Se Óbito, Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	62 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura