

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO - LER/ DORT
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

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 DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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 DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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 acidente. **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.

10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 2; 3 meses = 3 3; 26 anos = 26 4). 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.

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).

14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

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).

17 -Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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.**

19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

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.

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.

22- Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

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)

27 - Anotar o código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

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).

30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33- Anotar o tempo de trabalho na ocupação.

34-Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF.

35-Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

36-Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.

37-Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.

38-Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39-Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.

40- Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.

41- Anotar o endereço da empresa, rua, avenida....

42-Anotar o numero das instalações da empresa.

43-Anotar um ponto de referência para localização da empresa.

44-Anotar o telefone da empresa.

45-Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46- Identificar se houve os agravos associados ao principal. Se sim, identifique qual das opções conforme as alternativas apresentadas.

47-Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador da LER/ DORT.

48-Anote o regime de tratamento utilizado, se hospitalar ou ambulatorial.

49 -Identifique se a dor é acompanhada de quais outros sintomas, conforme opções.

50- Anote se existe incapacidade para o exercício de tarefas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

51–Identifique quais os fatores de risco aos quais o trabalhador está exposto no seu local de trabalho.

52–Identifique o diagnostico específico com o respectivo CID 10. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

53-Anotar se houve afastamento do trabalho para tratamento, conforme as alternativas.

54-Anotar o tempo de afastamento do trabalho para tratamento.

55-Anotar como evolui o caso com o afastamento do trabalho, conforme as opções.

56- Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho.

57- Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas.

58- Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.

59- Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.

60 -Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**