

Definição de caso: Todo caso de câncer que tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho, mesmo após a cessação da exposição.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO		Código (CID10) C80	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Índigena <input type="checkbox"/> 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,...)	
	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho 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 09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				

Câncer relacionado ao trabalho	46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	47 Regime de Tratamento <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Ambulatorial	48 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="text"/>																
	49 Houve exposição nos locais de trabalho, durante toda a sua vida profissional, a algum dos itens abaixo relacionados? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado																		
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asbesto ou amianto</td> <td><input type="checkbox"/> Cádmiu ou seus compostos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sílica livre, arsênico e seus compostos arsenicais</td> <td><input type="checkbox"/> Cromo ou seus compostos tóxicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aminas aromáticas</td> <td><input type="checkbox"/> Compostos de níquel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Benzeno ou seus homólogos tóxicos</td> <td><input type="checkbox"/> Radiações ionizantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias</td> <td><input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)</td> <td><input type="checkbox"/> Hormônios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Óleos minerais</td> <td><input type="checkbox"/> Antineoplásicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Berílio e seus compostos tóxicos</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Asbesto ou amianto	<input type="checkbox"/> Cádmiu ou seus compostos	<input type="checkbox"/> Sílica livre, arsênico e seus compostos arsenicais	<input type="checkbox"/> Cromo ou seus compostos tóxicos	<input type="checkbox"/> Aminas aromáticas	<input type="checkbox"/> Compostos de níquel	<input type="checkbox"/> Benzeno ou seus homólogos tóxicos	<input type="checkbox"/> Radiações ionizantes	<input type="checkbox"/> Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias	<input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes	<input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	<input type="checkbox"/> Hormônios	<input type="checkbox"/> Óleos minerais	<input type="checkbox"/> Antineoplásicos	<input type="checkbox"/> Berílio e seus compostos tóxicos	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Asbesto ou amianto	<input type="checkbox"/> Cádmiu ou seus compostos																		
<input type="checkbox"/> Sílica livre, arsênico e seus compostos arsenicais	<input type="checkbox"/> Cromo ou seus compostos tóxicos																		
<input type="checkbox"/> Aminas aromáticas	<input type="checkbox"/> Compostos de níquel																		
<input type="checkbox"/> Benzeno ou seus homólogos tóxicos	<input type="checkbox"/> Radiações ionizantes																		
<input type="checkbox"/> Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias	<input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes																		
<input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	<input type="checkbox"/> Hormônios																		
<input type="checkbox"/> Óleos minerais	<input type="checkbox"/> Antineoplásicos																		
<input type="checkbox"/> Berílio e seus compostos tóxicos	<input type="checkbox"/> Outros _____																		
50 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado		51 Tempo de Exposição ao tabaco <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano																	
Conclusão	52 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado																		
	53 Evolução do Caso 1-Sem evidência da doença (remissão completa) 2-Remissão parcial 3-Doença estável 4-Doença em progressão 5-Fora de possibilidade terapêutica 6-Óbito por câncer relacionado ao trabalho 7-Óbito por outras causas 8-Não se aplica 9-Ignorado																		
	54 Se Óbito, Data <input type="text"/>	55 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 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"/>