

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)	3 Data da Notificação
			C80	
	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
	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda 5-Índigena 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			33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	<input type="checkbox"/> 01- Empregado registrado com carteira assinada <input type="checkbox"/> 02 - Empregado não registrado <input type="checkbox"/> 03- Autônomo/ conta própria <input type="checkbox"/> 04- Servidor público estatutário	<input type="checkbox"/> 05 - Servidor público celetista <input type="checkbox"/> 06- Aposentado <input type="checkbox"/> 07- Desempregado <input type="checkbox"/> 08 - Trabalho temporário	<input type="checkbox"/> 09 - Cooperativado <input type="checkbox"/> 10- Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> 11- Empregador <input type="checkbox"/> 12- Outros <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	<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 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado				

Câncer relacionado ao trabalho

46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco
 1 - Hora 2 - Dia
 3 - Mês 4 - Ano

47 Regime de Tratamento
 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

48 Diagnóstico Específico
 CID 10

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

<input type="checkbox"/> Asbesto ou amianto	<input type="checkbox"/> Cádmio 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
 1 - Hora 2 - Dia
 3 - Mês 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

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 Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura