

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

LER/DORT

Definição de caso: Todas as doenças, lesões e síndromes que afetam o sistema músculo esquelético, causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho (CID-10 G50-59, G90-99, M00-99). Em geral caracteriza-se pela ocorrência de vários sintomas inespecíficos, concomitantes ou não, que podem aparecer aos poucos, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, coluna vertebral, cintura escapular, membros superiores ou inferiores.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	LER/ DORT		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	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
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)			

Dados de Residência	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)			

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação		
	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	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 46 Agravos Associados 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 48 Regime de Tratamento		

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação		
	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	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 46 Agravos Associados 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 48 Regime de Tratamento		

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

LER/ DORT

49 Sinais e Sintomas Alteração de sensibilidade Diminuição de força muscular Diminuição do movimento
 1-Sim 2- Não 9-Ignorado Limitação de movimentos Sinais flogísticos Dor Outro: _____

50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à:
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Prêmios de produção Movimentos repetitivos ambiente estressante
 Há tempo de pausas Jornada de trabalho de mais de 6 horas

52 Diagnóstico Específico
 CID 10 _____

Conclusão

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento
 _____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

55 Com Afastamento do Trabalho
 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado

56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não

Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho Adoção de mudança na organização do trabalho Adoção de proteção coletiva
 Adoção de proteção individual Nenhum Afastamento do local de trabalho Outros _____

58 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

59 Se Óbito, Data _____

60 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 _____