

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 | | |

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Dados de Residência | 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) |
| | 31 Ocupação | | |

Dados Complementares do Caso

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

