

Definição de caso: Todas as doenças pulmonares causadas pela inalação e acúmulo de poeiras inorgânicas nos pulmões com reação tissular à presença dessas poeiras, devido exposição no ambiente ou processo de trabalho. Exemplos de pneumoconioses: asbestose, silicose, beriliose, estanhose, siderose entre outras.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	Pneumoconioses		J64		
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		10- Não se aplica		
	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				
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		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	
	01 - Empregado registrado com carteira assinada	05 - Servidor público celetista	09 - Cooperativado	1 - Hora
	02 - Empregado não registrado	06 - Aposentado	10 - Trabalhador avulso	2 - Dia
	03 - Autônomo/ conta própria	07 - Desempregado	11 - Empregador	3 - Mês
	04 - Servidor público estatutário	08 - Trabalho temporário	12 - Outros	4 - Ano
	99 - Ignorado			
Dados da Empresa Contratante				
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador		
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	
39 Distrito		40 Bairro		
41 Endereço		42 Número		
43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone		
45 O Empregador é Empresa Terceirizada				
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				

Ant. Epid.	46 Agravos Associadas 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Limitação crônica ao fluxo aéreo <input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/> Tireoidite <input type="checkbox"/> Outras: _____
	47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	48 Regime de Tratamento <input type="checkbox"/>	

Pneumoconioses	49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa <input type="checkbox"/>				50 Especificar _____	
	51 Agentes de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Sílica <input type="checkbox"/> Asbesto	<input type="checkbox"/> Poeiras de carvão mineral <input type="checkbox"/> Poeiras mistas (silicatos, talco)	<input type="checkbox"/> Metais duros (cobalto, titânio, tungstênio) <input type="checkbox"/> Poeiras de abrasivos	<input type="checkbox"/> Berílio <input type="checkbox"/> Poeiras orgânicas		
	52 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex- fumante 9- Ignorado	53 Tempo de Exposição ao tabaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			
	54 Confirmação Diagnóstica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				55 Diagnóstico Específico	

Conclusão	<input type="checkbox"/> Radiografia de tórax <input type="checkbox"/> Biópsia pulmonar <input type="checkbox"/> Tomografia de tórax de alta resolução <input type="checkbox"/> Outro	55 Diagnóstico Específico CID 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	57 Avaliação funcional (prova de função pulmonar) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	58 Resultado da avaliação funcional 1-Normal 2-Alterada
	59 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não		

<input type="checkbox"/> Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual	<input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____
60 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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		
61 Se Óbito, Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	62 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Doença Relacionada ao Trabalho/ Pneumoconioses Sinan NET SVS 21/06/2019		