

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|-------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | |
| | 2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA | Código (CID10) T 65.9 | 3 Data da Notificação |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data dos Primeiros Sintomas |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | 9 Data de Nascimento | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado |
| | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |

Dados Complementares do Caso

| | | |
|-------------------------------------|--|-------------|
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Data da Investigação | 32 Ocupação |
| | 33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado | |
| | 34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado | |

| | | | | |
|---------------------------|--|---|---|-------------|
| Dados da Exposição | 35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência | 36 Atividade Econômica (CNAE) | | |
| | 37 UF | 38 Município do estabelecimento | Código (IBGE) | 39 Distrito |
| | 40 Bairro | 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento) | | |
| | 42 Número | 43 Complemento (apto., casa, ...) | 44 Ponto de Referência do estabelecimento | 45 CEP |
| | 46 (DDD) Telefone | 47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 48 País (se estabelecimento fora do Brasil) | |

| | | | | |
|----|--|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 49 | Grupo do agente tóxico/Classificação geral | | | |
| | 01. Medicamento | 02. Agrotóxico; uso agrícola | 03. Agrotóxico/uso doméstico | 04. Agrotóxico/uso saúde pública |
| | 05. Raticida | 06. Produto veterinário | 07. Produto de uso Domiciliar | 08. Cosmético/higiene pessoal |
| | 09. Produto químico de uso industrial | 10. metal | 11. Drogas de abuso | 12. Planta tóxica |
| | 13. Alimento e bebida | 14. Outro | 99. Ignorado | |

| | | |
|----|---|-----------------|
| 50 | Agente tóxico (informar até três agentes) | |
| | Nome Comercial/popular | Princípio Ativo |
| | 1 - _____ | 1 - _____ |
| | 2 - _____ | 2 - _____ |
| | 3 - _____ | 3 - _____ |

| | | | | | |
|----|--|--------------|------------------|-------------|--------------|
| 51 | Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização | | | | |
| | 1. Inseticida | 2. Herbicida | 3. Carrapaticida | 4. Raticida | 5. Fungicida |
| | 6. Preservante para madeira | 7. Outro | 8. Não se aplica | 9. Ignorado | |

| | | | | | |
|----|---|-------------------------|-------------------|-----------|--------------------------|
| 52 | Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual | | | 1ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 01- Diluição | 05- Colheita | 09- Outros | 2ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 02- Pulverização | 06- Transporte | 10- Não se aplica | 3ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 03- Tratamento de sementes | 07- Desinsetização | 99- Ignorado | | |
| | 04- Armazenagem | 08- Produção/formulação | | | |

| | | |
|----|---|--|
| 53 | Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura | |
| | _____ | |

| | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------------|-----------|--------------------------|
| 54 | Via de exposição/contaminação | | | 1ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 1- Digestiva | 4- Ocular | 7- Transplacentária | 2ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 2- Cutânea | 5- Parenteral | 8- Outra | 3ª Opção: | <input type="checkbox"/> |
| | 3- Respiratória | 6- Vaginal | 9- Ignorada | | |

| | | | |
|----|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 55 | Circunstância da exposição/contaminação | | <input type="checkbox"/> |
| | 01- Uso Habitual | 02- Acidental | 03- Ambiental |
| | 04- Uso terapêutico | 05- Prescrição médica inadequada | 06- Erro de administração |
| | 07- Automedicação | 08- Abuso | 09- Ingestão de alimento ou bebida |
| | 10- Tentativa de suicídio | 11- Tentativa de aborto | 12- Violência/homicídio |
| | 13- Outra: _____ | 99- Ignorado | |

| | | | |
|----|---|---------|--------------------------|
| 56 | A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Sim | 2 - Não | 9 - Ignorado |

| | | | |
|----|-------------------------|----------------------|-------------|
| 57 | Tipo de Exposição | | |
| | 1 - Aguda - única | 2 - Aguda - repetida | 3 - Crônica |
| | 4 - Aguda sobre Crônica | 9 - Ignorado | |

| | | | | | |
|----|---|--------------------------|----------|--------------|---------|
| 58 | Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 - Hora | 2 - Dia | 3 - Mês |
| | | | 4 - Ano | 9 - Ignorado | |

| | | | | |
|----|---------------------|------------------|----------------|--------------------------|
| 59 | Tipo de atendimento | | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Hospitalar | 2 - Ambulatorial | 3 - Domiciliar | |
| | 4 - Nenhum | 9 - Ignorado | | |

| | | | | |
|----|-----------------------|---------|--------------|--------------------------|
| 60 | Houve hospitalização? | | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Sim | 2 - Não | 9 - Ignorado | |

| | | | | | |
|----|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 61 | Data da internação | | | | 62 UF |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------|---------------|----|------------------|-------|--------|
| 63 | Município de hospitalização | | Código (IBGE) | 64 | Unidade de saúde | | Código |
| | _____ | _____ | | | _____ | _____ | |

| | | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 65 | Classificação final | | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Intoxicação confirmada | 2 - Só Exposição | 3 - Reação Adversa | |
| | 4 - Outro Diagnóstico | 5 - Síndrome de abstinência | 9 - Ignorado | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|----------|-------|
| 66 | Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico | | | CID - 10 | _____ |
| | _____ | | | | |

| | | | |
|----|----------------------------|-------------|--------------------------|
| 67 | Critério de confirmação | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Laboratorial | 3 - Clínico | |
| | 2 - Clínico-epidemiológico | | |

| | | | | |
|----|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 68 | Evolução do Caso | | | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Cura sem sequelas | 2 - Cura com sequelas | 3 - Óbito por intoxicação exógena | |
| | 4 - Óbito por outra causa | 5 - Perda de seguimento | 9 - Ignorado | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------|-------|-------|-------|----|--|---------|-------------------|--------------|----|----------------------|-------|-------|-------|
| 69 | Data do óbito | | | | 70 | Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. | | | | 71 | Data do Encerramento | | | |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | | 1 - Sim | 2 - Não | 3 - Não se aplica | 9 - Ignorado | | _____ | _____ | _____ | _____ |

Informações complementares e observações

| |
|--------------|
| Observações: |
| |
| |

| | | | | |
|---------------------|----------------------------|--------|------------------------|-------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Nome | Função | Assinatura | |
| | _____ | _____ | _____ | |