

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 a 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				

Dados de Residência	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	

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.			
	1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	9 - Ignorado

71	Data do Encerramento			
	____	____	____	____

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	____		____	
	Nome	Função	Assinatura	
	____	____	____	