

**Definição de caso:** É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT		Z57.9			
Notificação Individual	4	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7		Data do Diagnóstico			
Dados de Residência	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		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					
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		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 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário			05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário	
	09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>				
	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					
46 Agravos Associados					
1- Sim 2- Não 9-Ignorado					
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____					
47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco			48 Regime de Tratamento		
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			1- Hospitalar 2 - Ambulatorial		

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

<b>LER/ DORT</b>	<b>49</b> Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Alteração de sensibilidade <input type="checkbox"/> Diminuição de força muscular <input type="checkbox"/> Diminuição do movimento 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Limitação de movimentos <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
	<b>50</b> Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>51</b> O paciente está exposto em seu local de trabalho à: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Prêmios de produção <input type="checkbox"/> Movimentos repetitivos <input type="checkbox"/> ambiente estressante <input type="checkbox"/> Há tempo de pausas <input type="checkbox"/> Jornada de trabalho de mais de 6 horas
	<b>52</b> Diagnóstico Específico CID 10 _____	
<b>Conclusão</b>	<b>53</b> Houve afastamento do trabalho para tratamento? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 9- Ignorado	
	<b>54</b> Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento _____ 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	
	<b>55</b> Com Afastamento do Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado	<b>56</b> Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 9- Ignorado
	<b>57</b> 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 mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____	
	<b>58</b> 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	
	<b>59</b> Se Óbito, Data _____	<b>60</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

**Informações complementares e observações**


<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
	Doença Relacionada ao Trabalho/ LER/ DORT _____		Sinan NET _____