

**Definição de caso:** É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho.  
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença <b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR</b>		Código (CID10) H83.3	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	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 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		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 Ocupação					
	32 Situação no Mercado de Trabalho 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
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação 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		Código (IBGE)
	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			48 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial			

## Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR

**49** Tipo de Ruído Predominante      
1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado

**50** Exposição Concomitante a Ruído e:  Solvente a Base de Tolueno  Metais Pesados  Medicamentos Ototóxicos  
1-Sim 2- Não 9-Ignorado  Gases Tóxicos  Outros: \_\_\_\_\_

**51** Sintomas  Zumbido  Tontura  Dificuldade p/ compreensão da fala  
1-Sim 2- Não 9-Ignorado  Cefaléia  Outros

**52** Diagnóstico Específico  
CID 10 \_\_\_\_\_

**53** Houve afastamento do trabalho para tratamento?   
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

**54** Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento  
\_\_\_\_\_ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

**55** Com Afastamento do Trabalho   
1- Melhora 2- Piora 9- Ignorado

**56** Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho   
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

**57** Conduta Geral 1-Sim 2 - Não

Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho  Adoção de mudança na organização do trabalho  Adoção de proteção coletiva  Afastamento do local de trabalho

Adoção de proteção individual  Nenhum  Outros \_\_\_\_\_

**58** Evolução do Caso   
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

**59** Data do óbito \_\_\_\_\_

**60** Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho   
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

### Informações complementares e observações


**Investigador**

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Doença Relacionada ao Trabalho/ PAIR

Sinan NET

SVS 27/09/2005