

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 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	PNEUMOCONIOSES		J64		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS			
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		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		
	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		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	
	Dados da Empresa Contratante				
	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					

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"/>		1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

Pneumoconioses	49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<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		
<input type="checkbox"/> Radiografia de tórax <input type="checkbox"/> Biópsia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tomografia de tórax de alta resolução	<input type="checkbox"/> Outro	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		

Conclusão	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 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 _____					
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"/>			62 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	

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