

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

LER/DORT

**Definição de caso:** Todas as doenças, lesões e síndromes que afetam o sistema músculo esquelético, causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho (CID-10 G50-59, G90-99, M00-99). Em geral caracteriza-se pela ocorrência de vários sintomas inespecíficos, concomitantes ou não, que podem aparecer aos poucos, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, coluna vertebral, cintura escapular, membros superiores ou inferiores.

**Dados Gerais**

1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
2	Agravado/doença <b>LER/ DORT</b>		Código (CID10) <b>Z57.9</b>	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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	Ocupação														
32	Situação no Mercado de Trabalho				09 - Cooperativado	33	Tempo de Trabalho na Ocupação								
01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		10 - Trabalhador avulso		1 - Hora									
02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		11 - Empregador		2 - Dia									
03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado		12 - Outros		3 - Mês									
04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		99 - Ignorado		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		<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/> Hanseníase		<input type="checkbox"/> Transtorno Mental					
1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado		<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	

