



ATUALIZAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT**

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) | | | |
| | PORTO ALEGRE | | | | | | | |
| | 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 | | | | |
| | 4 | 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 9- Ignorado | 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | | | |
| | 14 | Escolaridade | | | | | | |
| | 15 | Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | | | |
| Dados de Residência | 17 | 18 | Município de Residência | | Código (IBGE) | 19 | Distrito | |
| | 20 | Bairro | | 21 | Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| | 22 | 23 | Número / 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 | | | 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 | | | |
| | 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 | 43 | Número / 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 | | Hipertensão Arterial | | Diabetes Mellitus | | Hanseníase | Transtorno Mental |
| 1 - Sim | | 2 - Não | | 9 - Ignorado | | Tuberculose | | Asma | 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

LER/ DORT

49 Sinais e Sintomas Alteração de sensibilidade Diminuição de força muscular Diminuição do movimento
1-Sim 2- Não 9-Ignorado Limitação de movimentos Sinais flogísticos Dor Outro: _____

50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à:
1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Prêmios de produção Movimentos repetitivos ambiente estressante
 Há tempo de pausas Jornada de trabalho de mais de 6 horas

52 Diagnóstico Específico
CID 10 _____

Conclusão

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
 Adoção de proteção individual Nenhum Afastamento do local de trabalho 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 Se Óbito, Data _____

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 | Assinatura |