

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO**  
**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO**

**Definição de caso:** Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição á determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos á organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	<b>TRANSTORNOS MENTAIS</b>	Código (CID10)
		<b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/RELACIONADOS AO TRABALHO</b>	<b>F99</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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
			13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	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	01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário		33 Tempo de Trabalho na Ocupação
		05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
		09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado		
	<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		

Transtornos mentais	<b>46</b> Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora    2 - Dia 3 - Mês    4 - Ano	<b>47</b> Regime de Tratamento 1- Hospitalar    2 - Ambulatorial	<b>48</b> Diagnóstico Específico CID 10	
	<b>49</b> Hábitos 1- Sim    2- Não    9- Ignorado <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas psicoativas <input type="checkbox"/> Psicofármacos	<b>50</b> Hábito de Fumar 1- Sim    2- Não 3- Ex- fumante    9- Ignorado	<b>51</b> Tempo de Exposição ao tabaco 1 - Hora    2 - Dia 3 - Mês    4 - Ano	
Conclusão	<b>52</b> Conduta Geral 1-Sim    2 - Não <input type="checkbox"/> Afastamento da situação de desgaste mental <input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>53</b> Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? 1-Sim    2 - Não    9- Ignorado	<b>54</b> O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos 1-Sim    2 - Não    9- Ignorado		
	<b>55</b> 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			
	<b>56</b> Se Óbito, Data	<b>57</b> 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
	Função	