



**Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.**

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação  1  2 - Individual

2 Agravado/doença **INTOXICAÇÃO EXÓGENA** Código (CID10) **T 65.9** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

**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 a 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 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Situação no Mercado de Trabalho

01- Empregado registrado com carteira assinada	05 - Servidor público celetista	09 - Cooperativado
02 - Empregado não registrado	06- Aposentado	10- Trabalhador avulso
03- Autônomo/ conta própria	07- Desempregado	11- Empregador
04- Servidor público estatutário	08 - Trabalho temporário	12- Outros _____
		99 - Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição

1. Residência	2. Ambiente de trabalho	3. Trajeto do trabalho	4. Serviços de saúde
5. Escola/creche	6. Ambiente externo	7. Outro _____	9. Ignorado

**Dados da Exposição**

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência 36 Atividade Econômica (CNAE)

37 UF 38 Município do estabelecimento Código (IBGE) 39 Distrito

40 Bairro 41 Logradouro ( rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)

42 Número 43 Complemento (apto., casa, ...) 44 Ponto de Referência do estabelecimento 45 CEP

46 (DDD) Telefone 47 Zona de exposição  1 - Urbana  2 - Rural  3 - Periurbana  9 - Ignorado 48 País (se estabelecimento fora do Brasil)

49	Grupo do agente tóxico/Classificação geral			
	01.Medicamento	02.Agotóxico;uso agrícola	03.Agotóxico/uso doméstico	04.Agotóxico/uso saúde pública
	05.Raticida	06.Produto veterinário	07.Produto de uso Domiciliar	08.Cosmético/higiene pessoal
	09.Produto químico de uso industrial	10.metal	11.Drogas de abuso	12.Planta tóxica
	13.Alimento e bebida	14.Outro _____	99.Ignorado	

50	Agente tóxico (informar até três agentes)	
	Nome Comercial/popular	Princípio Ativo
	1 - _____	1 - _____
	2 - _____	2 - _____
	3 - _____	3 - _____

51	Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização				
	1.Inseticida	2.Herbicida	3.Carrapaticida	4.Raticida	5.Fungicida
	6.Preservante para madeira	7.Outro _____	8.Não se aplica	9.Ignorado	

52	Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual			1ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	01- Diluição	05-Colheita	09-Outros	2ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	02-Pulverização	06- Transporte	10-Não se aplica	3ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	03- Tratamento de sementes	07-Desinsetização	99-Ignorado		
	04- Armazenagem	08-Produção/formulação			

53	Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura	_____
----	---	-------

54	Via de exposição/contaminação			1ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	1- Digestiva	4-Ocular	7-Transplacentária	2ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	2-Cutânea	5-Parenteral	8-Outra	3ªOpção:	<input type="checkbox"/>
	3-Respiratória	6-Vaginal	9-Ignorada		

55	Circunstância da exposição/contaminação				
	01-Uso Habitual	02-Acidental	03-Ambiental	04-Uso terapêutico	05-Prescrição médica inadequada
	06-Erro de administração	07-Automedicação	08-Abuso	09-Ingestão de alimento ou bebida	10-Tentativa de suicídio
	11-Tentativa de aborto	12-Violência/homicídio	13-Outra: _____	99-Ignorado	

56	A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ ocupação?		<input type="checkbox"/>
	1 -Sim	2 -Não	

57	Tipo de Exposição			<input type="checkbox"/>
	1 -Aguda - única	2 -Aguda - repetida	3 - Crônica	
	4 - Aguda sobre Crônica	9 - Ignorado		

58	Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 - Hora	2 - Dia	3 - Mês
			4 - Ano	9 - Ignorado	

59	Tipo de atendimento			<input type="checkbox"/>
	1 -Hospitalar	2 -Ambulatorial	3 - Domiciliar	
	4 -Nenhum	9 - Ignorado		

60	Houve hospitalização?		<input type="checkbox"/>
	1 -Sim	2 -Não	

61	Data da internação				
	_____	_____	_____	_____	_____

62	UF	_____
----	----	-------

63	Município de hospitalização		Código (IBGE)	_____
	_____	_____		

64	Unidade de saúde		Código	_____
	_____	_____		

65	Classificação final			<input type="checkbox"/>
	1 - Intoxicação confirmada	2 - Só Exposição	3 -Reação Adversa	
	4-Outro Diagnóstico	5 -Síndrome de abstinência	9 -Ignorado	

66	Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico		
	_____	_____	CID - 10 _____

67	Critério de confirmação		<input type="checkbox"/>
	1 - Laboratorial	3 - Clínico	
	2 - Clínico-epidemiológico	9 - Ignorado	

68	Evolução do Caso			<input type="checkbox"/>
	1 - Cura sem sequela	2 - Cura com sequela	3 - Óbito por intoxicação exógena	
	4 - Óbito por outra causa	5-Perda de seguimento	9-Ignorado	

69	Data do óbito				
	_____	_____	_____	_____	_____

70	Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.			<input type="checkbox"/>
	1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	
	9 - Ignorado			

71	Data do Encerramento				
	_____	_____	_____	_____	_____

**Informações complementares e observações**

Observações:

---



---



---

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