

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

PAIR

Definição de caso: Todos os casos de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) caracterizados pela diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada ao ruído, associado ou não a substâncias químicas, no ambiente de trabalho. É sempre neurossensorial, geralmente bilateral, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	PAIR		H83.3		
Notificação Individual	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		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				
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
Dados de Residência	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)
Dados de Residência			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		05 - Servidor público celetista	09 - Cooperativado	33	Tempo de Trabalho na Ocupação		
	02 - Empregado não registrado		06- Aposentado	10- Trabalhador avulso	1 - Hora			
	03- Autônomo/ conta própria		07- Desempregado	11- Empregador	2 - Dia			
	04- Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário	12- Outros	3 - Mês			
			99 - Ignorado	13	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		
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		

PAIR	Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído - PAIR				
	49 Tipo de Ruído Predominante 				
	1-Ruído Contínuo 2-Ruído Intermitente 3-Ambos 9-Ignorado				
	50 Exposição Concomitante a Ruído e: ☐ Solvente a Base de Tolueno ☐ Metais Pesados ☐ Medicamentos Ototóxicos 1-Sim 2- Não 9-Ignorado ☐ Gases Tóxicos ☐ Outros: _____				
51 Sintomas 1-Sim ☐ Zumbido ☐ Tontura ☐ Dificuldade p/ compreensão da fala 2- Não ☐ Cefaléia ☐ Outros 9-Ignorado					
52 Diagnóstico Específico CID 10					

53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento : : : 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
55 Com Afastamento do Trabalho ☐ Melhora ☐ Piora ☐ Ignorado	56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho ☐ Sim ☐ Não ☐ 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 ☐ Afastamento do local de trabalho ☐ Adoção de proteção individual ☐ Nenhum ☐ 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 Data do óbito : : :	60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐ Ignorado

Informações complementares e observações

[illegible]

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