



Casos Confirmados de COVID-19 - Doença Relacionada ao Trabalho - Tocantins - 2020 (Versão 1.3)

- Formulário destinado aos profissionais da Vigilância em Saúde do Estado do Tocantins para o preenchimento de informações, investigação e acompanhamento de CASOS CONFIRMADOS de coronavírus COVID-19.

- Objetivo: consolidar a investigação de casos de COVID-19 relacionados ao trabalho.

Perfil do Paciente

1) Nome Completo do Paciente:

2) Número da Notificação Covid-19 E-SUS VE:

Número da Notificação de Covid-19 no sistema de informação E-SUS VE

3) Data da Notificação:

4) CNS - Cartão Nacional de Saúde:

5) Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

6) Data de Nascimento:

Dia/Mês/Ano 99/99/9999

7) Nome Completo da Mãe:

Endereço de Residência do Paciente

8) Estado:

9) Município:

Perfil Profissional do Paciente

10) Caso notificado é trabalhador / estagiário? :

☐ Sim

☐ Não

11) Trabalhador da Área de Saúde:

Trabalhadores vinculados a serviços de saúde: assistência, vigilância, laboratório, hospitais, ambulatorios, etc

☐ SIM

☐ NÃO

12) Qual ocupação?

Selecione uma das opções na lista de grandes grupos CBO.

13) Qual atividade econômica?

Marca uma das opções dos grandes grupos CNAE.

14) Vínculo Empregatício / Situação no Mercado de Trabalho:

15) Nome da Empresa / Empregador?

16) **Endereço do local de trabalho / empresa:**

17) **Estado:**

18) **Município:**

19) **Contato com caso CONFIRMADO de Covid-19:**

Contato próximo ou prolongado com caso CONFIRMADO de Covid-19 no local de trabalho

☐ SIM

☐ NÃO

20) **Fornecimento / Uso de EPI / Recomendações de higiene:**

☐ SIM

☐ NÃO

21) **Itens de higiene / EPI(s):**

Itens de higiene, EPIs fornecidos e utilizados pelo trabalhador no ambiente de trabalho

☐ Sabonete líquido / lavagem frequente de mãos

☐ Álcool 70% gel ou líquido

☐ Máscara

☐ Óculos / protetor facial

☐ Vestimenta (avental / capote / macacão)

22) **Fonte(s) da investigação:**

☐ Paciente / Trabalhador

☐ Empresa / Empregador / Setor de Saúde no Trabalho (SESMT)

☐ Familiar

☐ Colega de trabalho / Sindicato

☐ Unidade de Saúde / Atenção à Saúde

☐ Vigilância em Saúde / Saúde do Trabalhador

Conclusão do caso

23) **Evolução do Caso:**

☐ Cura

☐ Óbito

☐ Em Tratamento

24) **Data do óbito:**

Informar a data do óbito do paciente falecido

25) **Numero DO:**

Número da declaração de óbito (DO) do paciente falecido

26) **Caso relacionado ao trabalho:**

☐ Sim

☐ Não

Informações do Notificante

27) **Nome do Profissional Notificante:**

28) **Telefone Notificante:**

29) **Município de Notificação:**

30) **Informações Complementares / Observações:**