



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – CAS

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO NOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

ASSESSORIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE – ASTS

NÚCLEOS DE ATENÇÃO À SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR – NASST

1. DATA DA NOTIFICAÇÃO:

Inserir a data de preenchimento da ficha de notificação da CAS.

2. HORÁRIO

Inserir o horário de preenchimento da ficha de notificação da CAS.

4. UNIDADE DE SAÚDE

Inserir o nome completo da unidade de saúde que está preenchendo a ficha de notificação da CAS.

5. SETOR

Inserir o nome completo do setor da unidade de saúde que está realizando o preenchimento da ficha de notificação da CAS.

6. TURNO DE TRABALHO

Inserir em qual turno de trabalho está sendo realizado o preenchimento da CAS.

7. NOME DO SERVIDOR

Inserir o nome do(a) trabalhador(a) acometido(a) pela doença.

8. DATA DE NASCIMENTO

Inserir a data de nascimento do(a) trabalhador(a) acometido(a) pela doença.

9. FUNÇÃO

Inserir a função desempenhada pelo(a) trabalhador(a) adoecido(a).

10. ESTADO CIVIL

Inserir qual é o estado civil do(a) trabalhador(a) adoecido(a) (casado(a), solteiro(a), união estável, separado(a), divorciado(a), viúvo(a)).

11. IDADE

Inserir a idade do(a) trabalhador(a) acometido(a) pela doença.

12. SEXO

Marcar a opção referente ao sexo do(a) trabalhador(a) (feminino ou masculino).

13. GESTANTE (SIM, NÃO)

Marcar “sim” para os casos de gestação confirmada ou “não” para os casos em que não se aplica a gestação.

14. QUANTOS MESES

Em caso afirmativo de gestação preencher qual o mês da gestação, em caso negativo preencher “não se aplica”.

15. ESCOLARIDADE

Preencher com a escolaridade do(a) trabalhador(a) (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, especialização, mestrado ou doutorado (completo ou incompleto).

16. ENDEREÇO

Inserir o endereço completo de residência do(a) trabalhador(a).

17. TELEFONE 1

Inserir o telefone fixo do(a) trabalhador(a) (pessoal e/ou profissional)

18. TELEFONE 2

Inserir o telefone celular do(a) trabalhador(a)

19. DATA DO OCORRIDO

No caso de adoecimento (Covid-19) inserir a data dos primeiros sintomas.

20. HORÁRIO

No caso de adoecimento (Covid-19) inserir o horário que começou a apresentar os primeiros sintomas.

21. MUNICÍPIO

Inserir o município de residência e de trabalho do(a) trabalhador(a).

22. HORAS APÓS O INÍCIO DA JORNADA

Se o início dos sintomas ocorreu durante uma jornada de trabalho, inserir quanto tempo após o início da jornada. Se o início dos sintomas ocorreu em um período fora do horário de trabalho, preencher como “não se aplica”.

23. REGIME DE PLANTÃO

Preencher “sim”, caso os primeiros sintomas tenham ocorrido em um momento de plantão do(a) trabalhador(a). Preencher “não” caso os primeiros sintomas tenham ocorrido em um período de trabalho que não funcione sob regime de plantão. Preencher “não se aplica”, caso os primeiros sintomas tenham aparecido fora do horário de trabalho.

24. LOCAL DO ACIDENTE

Caso a fonte de contágio seja conhecida, inserir o local que isto ocorreu, caso a fonte de contágio seja desconhecida, preencher “transmissão comunitária”.

25. ESTAVA EM HORA EXTRA (SIM, NÃO)

Caso a fonte de contágio seja conhecida e verificou-se que neste momento o trabalhador estava desenvolvendo atividades em horas extras preencher “sim”. Se não estava exercendo horas extras no momento de contágio ou para os casos de transmissão comunitária preencher “não”.

26. TIPO DE ACIDENTE (TÍPICO, TRAJETO, DOENÇA OCUPACIONAL)

Nas situações de Covid-19, marcar o item doença ocupacional.

27. OCORREU ATENDIMENTO MÉDICO (SIM, NÃO, IGNORADO)

Se o trabalhador passou por uma avaliação médica marcar sim, caso contrário não. Deve-se evitar preencher o item ignorado.

28. DATA DO ATENDIMENTO

Caso ocorrido, deverá ser informada a data da avaliação médica do trabalhador diagnosticado com Covid-19.

29. MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO

Relatar o nome do município onde foi realizado o atendimento médico do trabalhador.

30. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Neste espaço deverá ser informada toda a investigação do caso, história do contágio, conforme dados coletados no preenchimento do Anexo 1 do “Instrutivo de atenção à saúde dos trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins no contexto da pandemia Covid-19”.

31. PARTES DO CORPO ATINGIDA

Para os casos de Covid, preencher “aparelho respiratório” ou caso outros órgãos tenham sido atacados, informar aqui também.

32. REGIME DE TRATAMENTO (HOSPITALAR, AMBULATORIAL, AMBOS, IGNORADO)

Marcar o item correspondente ao regime de tratamento submetido pelo trabalhador, “ambulatorial” em casos de orientação médica para isolamento domiciliar, “hospitalar” caso tenha sido necessária a internação ou “ambos”, caso o trabalhador tenha passado pelas duas situações. Evitar preencher o item “ignorado”.

33. RECEBEU TREINAMENTO DE SEGURANÇA PARA EXECUÇÃO DAS TAREFAS (SIM, NÃO)

Informar “sim” se o trabalhador passou por algum treinamento de biossegurança para a execução das tarefas no contexto da exposição à pandemia de Covid-19, ou “não” caso não tenha recebido o treinamento. Caso tenha recebido informar a data do treinamento.

34. UTILIZAÇÃO DE EPIS NO PROCEDIMENTO (SIM, NÃO)

Informar se o(a) trabalhador(a) tem tido acesso e utilizado os EPIs recomendados para trabalhadores da saúde, conforme o tipo de exposição no seu local de trabalho, no período de pandemia do Covid-19.

35. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Colocar local, data e assinatura do responsável técnico que preencheu o formulário.

36. SERVIDOR

Coletar a assinatura do servidor assim que possível (preservando o isolamento social).