




FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

| | | | | | |
|--|------------------------------|--|---------------------|---|---------------------------------|
| Atendimento 24 horas | | RÉPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |    | |
| | | MINISTÉRIO DA SAÚDE | | SINAN/CIT | |
| | | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | SINAN Nº: | |
| 0800 646 4350 | | CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS | | CIT Nº: DEIXAR EM Bco | |
| 0800 722 6001 | | FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO | | SINAVISA Nº: DEIXAR EM Bco | |
| DADOS GERAIS | | | | | |
| 1 - Tipo de notificação 2 Individual | [] HUMANA | 2 - Agravado/doença | Código (CID10) | | Hora: formato 24h |
| | [] ANIMAL | | INTOXICAÇÃO EXÓGENA | T65.9 | |
| Solicitante/responsável pelo atendimento | | | (DDD) Telefone | 3 - Data da Notificação | |
| <u>Completo e legível</u> | | | | dd/mm/aaaa | |
| 4 - UF | 5 - Município de Notificação | | | Código (IBGE) | |
| 6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) <u>NÃO ABREVIAR (NÃO COLOCAR SIGLAS DE UNIDADES)</u> | | | (DDD) Telefone | Código | 7 - Data dos Primeiros Sintomas |
| | | | | | dd/mm/aaaa |

EXEMPLOS DE NOMES DE UNIDADES DE SAÚDE ABREVIADOS

Atendimento 24 horas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

0800 646 4350

0800 722 6001

CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

| | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------|--|
| 1 | 1 Tipo de notificação: | HUMANA <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 2 Agravado/Doença: | |
| | 2 Individual | ANIMAL <input type="checkbox"/> | | INTOXICAÇÃO EXÓGENA | |
| | [Redacted] | | | (DDD) Telefone: | |
| 4 | 4 UF: | 5 | 5 Município de Notificação: | | |
| | GO | | minocui | | |
| 6 | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): | (DDD) T | [Redacted] | Código | |
| | H. m. e. o. m | (62) | | | |
| 8 | 8 Nome da paciente: | | | | |

REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS



SINAN/CIT

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SINAN Nº:

0800 646 4350

CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS

CIT Nº

0800 722 6001

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

SINAVISA Nº:

DADOS GERAIS

1 Tipo de notificação:

HUMANA

2 Agravos/Doença:

2 Individual

ANIMAL

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Código (CID10)
T65.9

Hora :

Solicitante/responsável pelo atendimento:

(DDD) Telefone:

3 Data da Notificação:

28-01-20

4 UF:

5 Município de Notificação:

GO

Crstalina

Código (IBGE):

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora):

(DDD) Telefone:

Código:

7 Data dos Primeiros S

Hmcs

08-01-

9 Data da Nascimento

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 8 - Nome do paciente | | | | | 9 - Data da Nascimento | | | |
| Completo e legível | | | | | dd/mm/aaaa | | | |
| 10- Idade | | 11 - Sexo | 12 - Gestante | | 13 - Raça/Cor | | | |
| <input type="checkbox"/> 1-Hora | <input type="checkbox"/> 2 - dias | <input type="checkbox"/> M - Masculino | <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre | <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre | | <input type="checkbox"/> 1 - Branca | <input type="checkbox"/> 2- Preta | |
| <input type="checkbox"/> 3- Mês | <input type="checkbox"/> 4 - anos | <input type="checkbox"/> F - Feminino | <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre | <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada | | <input type="checkbox"/> 3 - Amarela | <input type="checkbox"/> 4- Parda | |
| | | <input type="checkbox"/> I - Ignorado | <input type="checkbox"/> 5- Não | <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica | 9-ou Ignorado | <input type="checkbox"/> 5 - Indígena | <input type="checkbox"/> 9 - ou Ignorado | |
| 14 - Escolaridade | 0- Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta 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 | | Completo e legível. | | | | |
| DADOS DE RESIDÊNCIA | | | | | | | | |
| 17 - UF: | 18 - Município: | | 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 | | <input type="checkbox"/> 1-Urbana | | 30 - País (se residente fora do Brasil) | | |
| | | <input type="checkbox"/> 2-Rural | <input type="checkbox"/> 3 -Periurbana | | <input type="checkbox"/> 9 ou 99 Ignorado | | | |

Essencial-inclusão recente

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31 - Data da Investigação:

32 - Ocupação:

33 - Situação no Mercado de Trabalho

01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 – Autônomo/Conta própria

04- Servidor Público estatutário 05 – Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08- Trabalho temporário

09- Cooperativado 10- trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro _____ 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 ou 88- Outro 9 ou 99- ignorado

DADOS DA EXPOSIÇÃO

| | | | |
|--|---|---|---|
| 35 - Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente | | 36 - Atividade Econômica (CNAE): | |
| | | | |
| 37 - UF: | 38 - Município do estabelecimento de ocorrência | 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: | | 48 - País (se estabelecimento fora do Brasil): |
| | <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | | |
| 49 - Grupo do agente tóxico/Classificação geral: | | | |
| <input type="checkbox"/> 01- Medicamento <input type="checkbox"/> 02 - Agrotóxico/Usa agrícola <input type="checkbox"/> 03 - Agrotóxico/Usa doméstico <input type="checkbox"/> 04 - Agrotóxico/Usa saúde pública | | | |
| <input type="checkbox"/> 05 - Raticida <input type="checkbox"/> 06 - Produto veterinário <input type="checkbox"/> 07 - Produto de uso domiciliar/Domissanitário <input type="checkbox"/> 08 - Cosmético/Higiene pessoal | | | |
| 50 - Agente tóxico (informar até três agentes): | | | |
| Nome Comercial | Princípio Ativo | Grupo Químico | Dose |
| | | | |
| 51 - Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização: | | <input type="checkbox"/> 1 - Inseticida <input type="checkbox"/> 2 - Herbicida <input type="checkbox"/> 3 - Carrapaticida <input type="checkbox"/> 4 - Raticida | |
| <input type="checkbox"/> 5 - Fungicida <input type="checkbox"/> 6 - Preservativo para madeira <input type="checkbox"/> 7 ou 88 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | | | |

PRINCIPAIS CONFUSÕES RELACIONADAS AO GRUPO DO AGENTE TÓXICO

- * Confusão quanto a classificação do produto:
 - Produto de uso domiciliar/domissanitário e Produto químico de uso industrial;
 - Agrotóxico de uso agrícola e agrotóxico de uso doméstico;

Conceitos

- **Agrotóxico de uso agrícola:** são substâncias químicas de origem natural ou sintética com a finalidade de controlar pragas diversas como: insetos, fungos, ervas daninhas, etc.
- **Agrotóxico de uso doméstico:** são substâncias químicas de origem natural ou sintética com a finalidade de desinfestação domiciliar rural ou urbana, em ambientes coletivos e/ou públicos.

Conceitos

- Produto de uso domiciliar/saneantes/domissanitários: compreendem os saneantes que são substâncias ou preparações destinadas a higienização, desinfecção domiciliar, em ambientes coletivos e/ou públicos, em lugares de uso comum e no tratamento de água; os detergentes e seus congêneres; sabões; polidores; alvejantes; desodorizantes; esterelizantes; algicidas, fungicidas para piscinas; os desinfestantes de água para consumo humano; água sanitária; os produtos biológicos a base de microorganismos viáveis para o tratamento de sistemas sépticos, tubulações sanitárias de águas servidas, com finalidade de degradar matéria orgânica e reduzir odores.

- **Produto Químico de Uso Industrial:** compreendem os produtos encontrados no ambiente de trabalho em particular naqueles que envolvem processos industriais de utilização e produção de matérias-primas, produtos intermediários e produtos acabados. Ex: hidrocarbonetos, nitrogênio, éteres, cetonas; hidróxido de sódio.

Exemplos

DADOS DA EXI

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- Medicamento | <input type="checkbox"/> 02- Agrotóxico/Usa agrícola | <input checked="" type="checkbox"/> 03- Agrotóxico/Usa doméstico | <input type="checkbox"/> 04- Agrotóxico/Usa |
| <input type="checkbox"/> 05- Raticida | <input type="checkbox"/> 06- Produto veterinário | <input checked="" type="checkbox"/> 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário | <input type="checkbox"/> 08- Cosmético |
| <input checked="" type="checkbox"/> 09- Produto químico de uso industrial | <input type="checkbox"/> 10- Metal | <input type="checkbox"/> 11- Drogas de abuso | <input type="checkbox"/> 12- Plantas tóxica |
| <input type="checkbox"/> 13- Alimento | | | |

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

| Nome Comercial | Princípio Ativo | Grupo Químico |
|-------------------------------------|------------------------|---------------|
| | <i>Cera automotiva</i> | |
| <i>(IGNORADO (CERA AUTOMOTIVA))</i> | | |

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Inseticida | <input type="checkbox"/> 2- Herbicida | <input type="checkbox"/> 3- Carrapaticida | <input type="checkbox"/> 4- Raticida |
| <input type="checkbox"/> 5- Fungicida | <input type="checkbox"/> 6- Preservativo para madeira | <input type="checkbox"/> 7 ou 88- Outro | <input checked="" type="checkbox"/> 8- Não se aplica |

madeira

8- Não se aplica

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usa agrícola

03- Agrotóxico/Usa doméstico

04- Agrotóxico/Usa saúd

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

08- Cosmético/Higi

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxica

13- Alimento

02

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

Brilhante BR

metolcarbomato meto metil

Carbamato

(BRILHANTE BR)

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

4- Raticida

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

8- Não se aplica

Dados da ex

46 (DDD) Telefone _____

47 Zona de exposição *05*
 1 - Urbana 2 - Rural
 3- Periurbana 9 ou 99 Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Brasil) _____

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral *05*
 01- Medicamento 02- Agrotóxico/ Uso agrícola 03- Agrotóxico/Use doméstico 04- Agrotóxico/Use saúde pública 05- Raticida
 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário 08- Cosmético/Higiene pessoal 09- Produto químico de uso industrial
 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Planta tóxica 13-Alimento e bebida 14 ou 88 Outro 99-Ignorado

50 Agente tóxico (informar até três agentes)

| Nome Comercial/popular | Princípio Ativo | Grupo Químico | Dose |
|------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
| 1- <i>chumbinho</i> | 1- <i>Anticoletos usulfato</i> | 1- _____ | _____ |
| 2- _____ | 2- <i>Atropina</i> | 2- _____ | _____ |
| 3- _____ | 3- _____ | 3- _____ | _____ |

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização *04*
 1.Inseticida 2.Herbicida 3.Carrapaticida 4.Raticida 5.Fungicida
 6- Preservante para madeira 7 ou 88- Outro _____ 8- Não se aplica 9 ou 99 Ignorado

DADOS DA EXP

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usos agrícola

03- Agrotóxico/Usos doméstico

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxicas

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Aguarvos (solvente)

51 ... agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usos agrícolas

03- Agrotóxico/Usos domésticos

04- Agrotóxico/Usos saúde pública

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

08- Cosmético/Higiene pessoal

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxicas

13- Alimento

14 ou 88- Ig

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

Sal Amariaco

Clorato de Amônio

Sn

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

4- Raticida

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

8- Não se aplica

9 ou 99- Ig



DADOS DA EXI

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usa agrícola

03- Agrotóxico/Usa doméstico

04-

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxica

13-

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

Butox

Deltametrina

(BUTOX (CARRAPATICIDA / MOSQUICIDA / LARVICIDA / R

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

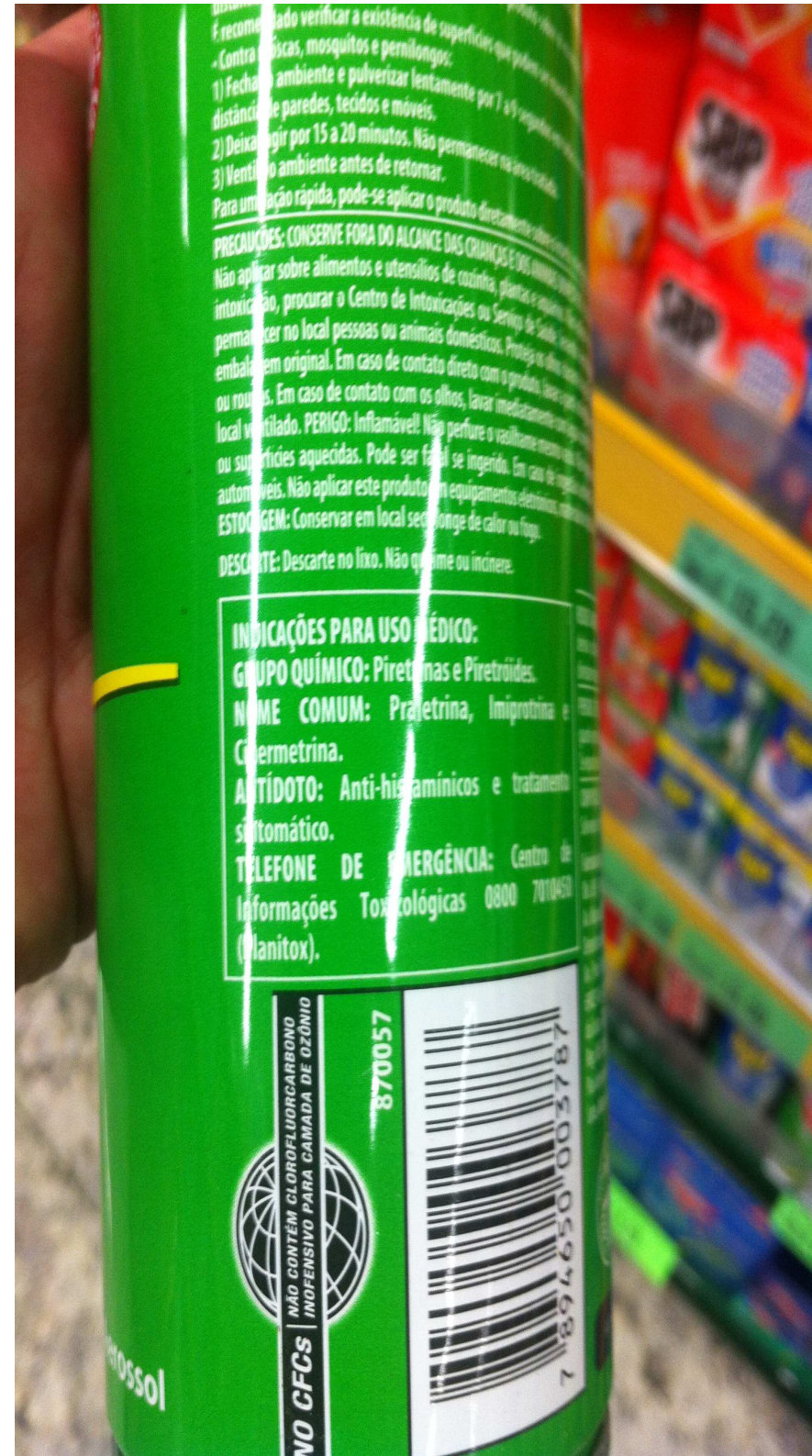
8- Não

DADOS DA EXPOSIÇÃO

| | | | |
|--|---|---|---|
| 35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente: <i>residência</i> | | 36 Atividade Econômica (CNAE): | |
| 37 UF: | 38 Município do estabelecimento de ocorrência: <i>São Luís Maranhão</i> | 39 Distrito: | Código (IBGE): |
| 40 Bairro: <i>Vila Nova</i> | 41 Logradouro (rua, avenida, etc.) - endereço do estabelecimento): <i>Rua F06 Qd 2 31</i> | | |
| 42 Número: | 43 Complemento (apto., casa...): | 44 Ponto de Referência do estabelecimento: | 45 CEP: <i>76.100-000</i> |
| 46 (DDD) Telefone: <i>64-9257-5265</i> | 47 Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | | 48 País (se estabelecimento fora do Brasil): |
| 49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral: | | | |
| <input type="checkbox"/> 01- Medicamento | <input type="checkbox"/> 02- Agrotóxico/uso agrícola | <input checked="" type="checkbox"/> 03- Agrotóxico/uso doméstico | <input type="checkbox"/> 04- Agrotóxico/uso saúde pública |
| <input type="checkbox"/> 05- Raticida | <input type="checkbox"/> 06- Produto veterinário | <input type="checkbox"/> 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário | <input type="checkbox"/> 08- Cosmético/Higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> 09- Produto químico de uso industrial | <input type="checkbox"/> 10- Metal | <input type="checkbox"/> 11- Drogas de abuso | <input type="checkbox"/> 12- Plantas tóxica |
| <input type="checkbox"/> 13- Alimento | <input type="checkbox"/> 14 ou 88- Ignorado | | |
| 50 Agente tóxico (informar até três agentes): | | | |
| Nome Comercial | | Princípio Ativo | |
| <i>Bairgon</i> | | | |
| | | | |
| | | | |
| 51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Inseticida | <input type="checkbox"/> 2- Herbicida | <input type="checkbox"/> 3- Carrapaticida | <input type="checkbox"/> 4- Raticida |
| <input type="checkbox"/> 5- Fungicida | <input type="checkbox"/> 6- Preservativo para madeira | <input type="checkbox"/> 7 ou 88- Outro | <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica |
| | | | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado |

03

01





Não aplicar sobre alimentos e utensílios de cozinha, plantas e aquários. Não fumar ou comer durante a aplicação. Em caso de intoxicação, procurar o Centro de Intoxicações ou Serviço de Saúde, levando a embalagem ou o rótulo do produto. Não reutilizar as embalagens vazias. Manter o produto na embalagem original. Em caso de contato direto com o produto, lavar a parte atingida com água em abundância e sabão. Em caso de contato com os olhos, lavar imediatamente com água corrente em abundância. Se inalado em excesso, remover a pessoa para local ventilado. Não pegue no refil com o aparelho ligado. Não introduza objetos nem o cubra. Lavar as mãos com água e sabão após o manuseio do refil. Este produto não deve ser utilizado em ambientes com pouca ventilação, nem na presença de pessoas asmáticas ou alérgicas respiratórias. Manter a cabeça a uma distância mínima de 2 metros do ponto de liberação do produto. Pode ser fatal se ingerido. Em caso de ingestão acidental não provoque o vômito. As embalagens plásticas devem ser separadas dos outros detritos, para facilitar a coleta e destinação adequada. O plástico presente na embalagem deste produto não é biodegradável.

composição:
Esbiotrina 19,6% p/p (20mg/unidade), Butóxido de piperonila 16,8% p/p (19,2 mg/unidade), Antioxidante, Solvente Alifático, Corantes e Mascaramento.

INDICAÇÕES PARA USO MÉDICO:
Grupo Químico: Piretrinas e Piretróides
Nome Comum: Esbiotrina
Antídoto: anti-histamínicos e tratamento sintomático
Telefone de emergência: Centro de Informações Toxicológicas 0800-7010450 (Planitox)



- * BAYGON ESPIRAL
- * BAYGON MATA BARATA ISCAS
- * BAYGON ACAO TOT LIQ BASE AGUA
- * BAYGON ACAO TOT LIQ CITRONELA
- * BAYGON AUT ADV AP
- * BAYGON AUT ADV RF
- * BAYGON AUT ADVANCED EUCALIPTO RF
- * BAYGON PAPEL INSETICIDA
- * BAYGON ACAO TOTAL AEROSSOL 300ML
- * BAYGON ACAO TOTAL EUCALIPTO 300ML
- * BAYGON MULTIPLUS AEROSSOL 300ML 1
- * PR BAYGON ACAO TOT EUC 150ML GTS
- * PR BAYGON ACAO TOTAL 395ML
- * PR BAYGON ACAO TOTAL 150ML GTS
- * PR BAYGON ACAO TOTAL EUC 395ML
- * BAYGON PAST EUCALIPTO RF
- * BAYGON ELET LIQ 30N RF
- * BAYGON CARTÃO REPELENTE



- * RAID MATA BARATA ISCA
- * PR RAID AUT ADVANCED AP
- * RAID AUT ADVANCED CITRONELA AP
- * RAID AUT ADVANCED CITRONELA RF
- * RAID AUT ADVANCED EUCALIPTO RF
- * RAID AUT ADVANCED RF
- * RAID PAPEL INSETICIDA
- * PR RAID ACAO TOTAL 300ML 150ML GTS
- * PR RAID MULTI EUCALIP 150ML GTS
- * PR RAID MULTI INSETOS 150ML GTS
- * PR RAID PROT MULT INS 150ML GTS
- * PR RAID MATA BAR E FORM 150ML
- * RAID MATA BARATA E FORMIGAS AER 300ML
- * RAID ACAO TOTAL AEROSSOL 300ML
- * RAID MULTI BASE AGUA 300ML
- * RAID MULTI INSETOS 300ML
- * RAID PROTECTOR MULTI INSETOS 300ML
- * PR RAID PAST EUC RF L12P10
- * PR RAID RF L12P10
- * RAID PASTILHA ELET 12H AP
- * PR RAID LE 45N AP GTS
- * PR RAID LE 45N RF 25P/C GTS
- * RAID ELET LIQ EUCALIPTO 45N RF



4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro 3- Trajeto do trabalho 9 ou 99- ignorado 01

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente:

Residência

36 Atividade Econômica (CNAE):

37 UF: 38 Município do estabelecimento de ocorrência:

GO

Goianma

Código (IBGE):

39 Distrito: Sudo

40 Bairro:

Residencial S-FE'

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

Rua João José de Oliveira

42 Número:

43 Complemento (apto., casa...):

44 Ponto de Referência do estabelecimento:

45 CEP:

74350240

46 (DDD) Telefone:

47 Zona:

1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Bras

Brasil

7

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usa agrícola

03- Agrotóxico/Usa doméstico

04- Agrotóxico/Usa saúde pú

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

08- Cosmético/Higiene

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxica

13- Alimento

14 ou

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

De 130e

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

4- Raticida

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

8- Não se aplica

DADOS DA EXPOSIÇÃO

Google+ Pesquisa Imagens Maps Play YouTube Notícias Gmail Mais - GOIAS CIT SUVISA

Google furadan bula

Todas Imagens Vídeos Notícias Shopping Mapas Livros

Aproximadamente 2.460 resultados

Qualquer país
País: Brasil

Em qualquer idioma
Páginas em português

Em qualquer data
Na última hora
Nas últimas 24 horas
Na última semana
No último mês
No último ano

Todos os resultados
Ao pé da letra

[PDF] **Furadan 350 SC - Adapar**
www.adapar.pr.gov.br/arquivos/File/.../Bulas/.../furadan350sc.pdf
15 jan. 2015 ... Furadan e FMC são marcas registradas da FMC Corporation. ANTES DE USAR O PRODUTO LEIA O RÓTULO, A BULA E A RECEITA E ...

[PDF] **furadan 350 fs - Adapar**
www.adapar.pr.gov.br/arquivos/.../Bulas/.../FURADAN_350_FS.pdf
FURADAN e FMC são marcas registradas da FMC Corporation. ANTES DE USAR O PRODUTO LEIA O RÓTULO, A BULA E A RECEITA E. CONSERVE-OS EM ...

[PDF] **furadan 50 gr - Adapar**
www.adapar.pr.gov.br/arquivos/.../Bulas/.../FURADAN_50_GR.pdf
ANTES DE USAR O PRODUTO LEIA O RÓTULO, A BULA E A RECEITA E ... INSTRUÇÕES DE USO: FURADAN 50 GR é um Inseticida e Nematicida sistêmico.

[PDF] **furadan 100 g - Adapar**
www.adapar.pr.gov.br/arquivos/.../Bulas/.../FURADAN_100_G.pdf
FURADAN e FMC são marcas registradas da FMC Corporation. ANTES DE USAR O PRODUTO LEIA O RÓTULO, A BULA E A RECEITA E. CONSERVE-OS EM ...

Furadan 350 SC - FMC
<https://www.fmcagricola.com.br/produtosdetalhes.aspx?cod=54>
Leia atentamente e siga rigorosamente as instruções contidas no rótulo, na bula e na receita. Nunca permita que menores de idade trabalhem na aplicação do ...

[PDF] **BULA - FMC**
https://www.fmcagricola.com.br/bula_geraPDF.aspx?cod=3%20
19 out. 2015 ... FURADAN 350 SC não deve ser aplicado junto a produtos de natureza alcalina. ... Utilizar somente as doses recomendadas no rótulo/bula.

Furadan 100 GR - FMC
<https://www.fmcagricola.com.br/produtosdetalhes.aspx?cod=52>
Leia atentamente e siga rigorosamente as instruções contidas no rótulo, na bula e na receita. Nunca permita que menores de idade trabalhem na aplicação do ...

Furadan 50 GR - FMC
<https://www.fmcagricola.com.br/produtosdetalhes.aspx?cod=53>
Leia atentamente e siga rigorosamente as instruções contidas no rótulo, na bula e na receita.

Windows Taskbar: Aline, SFRNet - Sistema..., furadan bula - Pe..., SINAVISA - Wind..., SINAVISA - Wind..., Amina - Wikipédi..., alessandra.iii. pro..., 13:23 20/04/2016

FURADAN 350 SC

VERIFICAR RESTRIÇÕES DE USO CONSTANTES NA LISTA DE AGROTÓXICOS DO PARANÁ

Registrado no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento MAPA sob nº 00538591

COMPOSIÇÃO:

2,3-dihydro-2,2-dimethylbenzofuran-7-yl methylcarbamate

(CARBOFURANO).....350 g/L (35% m/v)

Ingredientes Inertes.....650 g/L (65% m/v)

CONTEÚDO: Vide rótulo

CLASSE: INSETICIDA NEMATICIDA SISTÊMICO DO GRUPO QUÍMICO METILCARBAMATO DE BENZOFURANILA

TIPO DE FORMULAÇÃO: SUSPENSÃO CONCENTRADA

TITULAR DO REGISTRO:

EMC QUÍMICA DO BRASIL LTDA

Essencial- inclusão recente

DADOS DA EXPOSIÇÃO

52 - Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 1ª Opção 2ª Opção 3ª Opção

01- Diluição 02- Pulverização/Aplicação no campo 03 - Tratamento de sementes 04 - Armazenamento 05 - Colheita

06 - Transporte 07- Desinsetização 08 - Produção/formulação 09 ou 88- Outros 10 - Não se aplica

11 - Aplicação em saúde pública 12 - Presença no lugar 13- Manutenção de equipamento 14 ou 99- Ignorado

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

Evento: 1 - Intoxicação 2 - Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Diagnóstico Diferencial 5 - Síndrome de Abstinência

54 - Via de exposição/contaminação: 1ª Opção 2ª Opção 3ª Opção

01- Digestiva/Oral 02- Cutânea 03- Respiratória 04- Ocular 05- Parenteral 06- Vaginal 07- Transplacentária

08 ou 88- Outro: 9 ou 99- Ignorado 10- Nasal 11- Retal Aleitamento Materno

55 - Circunstância da exposição/contaminação:

01 - Uso Habitual 02 - Acidente/Individual 03 - Ambiental 04 - Uso Terapêutico 05 - Prescrição Médica Inadequada

06 - Erro de administração 07 - Automedicação 08 - Abuso 09 - Ingestão de alimentos ou bebidas

10 - Tentativa de Suicídio 11 - Tentativa de aborto 12 - Violência e homicídio 13 ou 88- Outro 14 - Acidente coletivo

15 - Ocupacional 16 - Abstinência 17 - Uso indevido 18 - Indicação Leiga 99 - Ignorado

56 - A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? 1 - Sim 2 - Não 9 ou 99- Ignorado

57 - Tipo da Exposição 1- Aguda Única 2- Aguda Repetida 3- Crônica 4- Aguda Sobre Crônica 9 ou 99- Ignorado

Antecedentes Epidemiológicos

01- Empregado registrado com carteira assinada **02- Empregado não registrado** 03- Autônomo/Conta própria
04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário
09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro

02

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 ou 88- Outro

99- Ignorado

02

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente:

na fazenda onde trabalho Prax à Interlândia

36 Atividade Econômica (CNAE):

9 ou 99- ignorado

37 UF: GO

38 Município do estabelecimento de ocorrência: Interlândia

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:

1- Urbana

2- Rural

3- Periurbana

9 ou 99- Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Brasil):

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

01- Medicamento

02- Agrotóxico/Usos agrícola

03- Agrotóxico/Usos doméstico

04- Agrotóxico/Usos saúde pública

05- Raticida

06- Produto veterinário

07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário

08- Cosmético/Higiene pessoal

09- Produto químico de uso industrial

10- Metal

11- Drogas de abuso

12- Plantas tóxicas

13- Alimento

14 ou 88- Ignorado

02

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

Dosagem

signal

lol

(SIGNAL)

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

1- Inseticida

2- Herbicida

3- Carrapaticida

4- Raticida

0

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

8- Não se aplica

9 ou 99- Ignorado

DADOS DA EXPOSIÇÃO

serviço de saúde (meio atômico) comi gel ou supositório serviço de saúde - Conhecimento do cheiro

DADOS DA EXPOSIÇÃO
Evento

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- Diluição | <input type="checkbox"/> 05- Colheita | <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica |
| <input checked="" type="checkbox"/> 02- Pulverização/Aplicação no campo | <input type="checkbox"/> 06- Transporte | <input type="checkbox"/> 11- Aplicação em saúde pública |
| <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes | <input type="checkbox"/> 07- Desinsetização | <input type="checkbox"/> 12- Presença no lugar |
| <input type="checkbox"/> 04- Armazenamento | <input type="checkbox"/> 08- Produção/formulação | <input type="checkbox"/> 13- Manutenção de equipamento |
| | <input type="checkbox"/> 09 ou 88- Outros: | <input type="checkbox"/> 14 ou 99- |

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

Evento:

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Intoxicação | <input type="checkbox"/> 2- Exposição | <input type="checkbox"/> 3- Reação Adversa | <input type="checkbox"/> 4- Diagnóstico Diferencial | <input type="checkbox"/> 5- S... |
|--|---------------------------------------|--|---|----------------------------------|

54 Via de exposição/contaminação:

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01- Digestiva/Oral | <input checked="" type="checkbox"/> 02- Cutânea | <input checked="" type="checkbox"/> 03- Respiratória | <input type="checkbox"/> 04- Ocul |
| <input type="checkbox"/> 05- Parenteral | <input type="checkbox"/> 06- Vaginal | <input type="checkbox"/> 07- Transplacentária | <input type="checkbox"/> 08 ou 88- Outro: |
| <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | <input type="checkbox"/> 10- Nasal | <input type="checkbox"/> 11- Retal | <input type="checkbox"/> 12- Aleitamento Materno |

55 Circunstância da exposição/contaminação:

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual | <input type="checkbox"/> 02- Acidente/Individual | <input type="checkbox"/> 03- Ambiental | <input type="checkbox"/> 04- Uso Terapêutico | <input type="checkbox"/> 05- Pres |
| <input type="checkbox"/> 06- Erro de administração | <input type="checkbox"/> 07- Automedicação | <input type="checkbox"/> 08- Abuso | <input type="checkbox"/> 09- Ingestão de alime | |
| <input type="checkbox"/> 10- Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> 11- Tentativa de aborto | <input type="checkbox"/> 12- Violência e homicídio | <input type="checkbox"/> 13- | |
| <input type="checkbox"/> 14- Acidente coletivo | <input checked="" type="checkbox"/> 15- Ocupacional | <input type="checkbox"/> 16- Abstinência | <input type="checkbox"/> 17- Uso indevido | <input type="checkbox"/> 18- Indicação L |

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim | <input type="checkbox"/> 2- Não | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado |
|--|---------------------------------|--|

57 Tipo da Exposição:

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Aguda - Única | <input type="checkbox"/> 2- Aguda R |
| <input type="checkbox"/> 3- Aguda Recorrente | <input type="checkbox"/> 4- Aguda Sobre Crônica |

58 Tempo Decorrido da Exposição e o Atendimento

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Hora | <input type="checkbox"/> 2- Dia | <input checked="" type="checkbox"/> 3- Mês | <input type="checkbox"/> 4- Ano | <input type="checkbox"/> 5- Minutos | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | Duraçã |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------|

11.02.16 - CA MMSJ
16/02/16 - CA MMSJ

PCX

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------|---------------------------------------|
| 23. Cód. (campo) | 24. Ponto de Referência | 25. (DDD) Telefone (62) 9400 8394 | 26. Zona <input checked="" type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | 27. CEP 75000-000 | 28. País (se acidente fora do Brasil) |
| DADOS COMPLEMENTARES DO CASO | | | | | |
| 31. Data da Investigação 05/12/2015 | 32. Ocupação | 33. Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/Conta própria 04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário 09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro 99- Ignorado ca | | | |
| 34. Local de ocorrência da exposição 1- Residência <input checked="" type="checkbox"/> 2- Ambiente de trabalho 3- Trajeto do trabalho 4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro 9 ou 99- Ignorado 2 | 35. Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente: Breyer | | | | |
| 37. UF: GO | 38. Município do estabelecimento de ocorrência Anápolis | 36. Atividade Econômica (CNAE) | | 39. Código (IBGE) | |
| 40. Bairro: Jardim | 41. Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento): Rua Alexandre de Queirós | | | | |
| 42. Número: 5276 | 43. Complemento (apto., casa...) | 44. Ponto de Referência do estabelecimento: | 45. CEP | | |
| 46. (DDD) Telefone: 62 4014 8000 | 47. Zona <input checked="" type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | 48. País (se estabelecimento fora do Brasil) | | | |
| 49. Grupo do agente tóxico/Classificação geral: 01- Medicamento 02- Agrotóxico/uso agrícola 03- Agrotóxico/uso doméstico 04- Agrotóxico/uso saúde pública 05- Raticida 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário 08- Cosmético/Higiene pessoal <input checked="" type="checkbox"/> 09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas tóxicas 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado 09 | | | | | |
| 50. Agente tóxico (informar até três agentes): | | | | | |
| Nome Comercial Amônia | | Princípio Ativo (AMÔNIA INDUSTRIAL (GÁS)). | | Grupo Químico | |
| Dose | | | | | |
| 51. Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização: 1- Inseticida 2- Herbicida 3- Carrapaticida 4- Raticida 5- Fungicida 6- Preservativo para madeira 7 ou 88- Outro 8 <input checked="" type="checkbox"/> 8- Não se aplica 9 ou 99- Ignorado | | | | | |

DADOS DA EXPOSIÇÃO

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

| | | | | |
|--|--|---|--------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 01- Diluição | <input type="checkbox"/> 05- Colheita | <input checked="" type="checkbox"/> 10- Não se aplica | 1ª Opção | 10 |
| <input type="checkbox"/> 02- Pulverização/Aplicação no campo | <input type="checkbox"/> 06- Transporte | <input type="checkbox"/> 11- Aplicação em saúde pública | 2ª Opção | |
| <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes | <input type="checkbox"/> 07- Desinsetização | <input type="checkbox"/> 12- Presença no lugar | 3ª Opção | |
| <input type="checkbox"/> 04- Armazenamento | <input type="checkbox"/> 08- Produção/formulação | <input type="checkbox"/> 13- Manutenção de equipamento | | |
| | <input type="checkbox"/> 09 ou 88- Outros: | | 14 ou 99- Ignorado | |

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

Evento:

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Intoxicação | <input type="checkbox"/> 2- Exposição | <input type="checkbox"/> 3- Reação Adversa | <input type="checkbox"/> 4- Diagnóstico Diferencial | <input type="checkbox"/> 5- Síndrome de Abstinência | 1 |
|--|---------------------------------------|--|---|---|---|

54 Via de exposição/contaminação:

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|----------|----|
| <input type="checkbox"/> 01- Digestiva/Oral | <input type="checkbox"/> 02- Cutânea | <input checked="" type="checkbox"/> 03- Respiratória | <input type="checkbox"/> 04- Ocular | 1ª Opção | 03 |
| <input type="checkbox"/> 05- Parenteral | <input type="checkbox"/> 06- Vagina | <input type="checkbox"/> 07- Transplacentária | <input type="checkbox"/> 08 ou 88- Outro: | 2ª Opção | |
| <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | <input type="checkbox"/> 10- Nasal | <input type="checkbox"/> 11- Retal | <input type="checkbox"/> 12- Aleitamento Materno | 3ª Opção | |

55 Circunstância da exposição/contaminação:

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual | <input checked="" type="checkbox"/> 02- Acidente/Individual | <input type="checkbox"/> 03- Ambiental | <input type="checkbox"/> 04- Uso Terapêutico | <input type="checkbox"/> 05- Prescrição Médica Inadequada | 15 |
| <input type="checkbox"/> 06- Erro de administração | <input type="checkbox"/> 07- Automedicação | <input type="checkbox"/> 08- Abuso | <input type="checkbox"/> 09- Ingestão de alimentos ou bebidas | | |
| <input type="checkbox"/> 10- Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> 11- Tentativa de aborto | <input type="checkbox"/> 12- Violência e homicídio | <input type="checkbox"/> 13 ou 88- Outro | | |
| <input type="checkbox"/> 14- Acidente coletivo | <input checked="" type="checkbox"/> 15- Ocupacional | <input type="checkbox"/> 16- Abstinência | <input type="checkbox"/> 17- Uso indevido | <input type="checkbox"/> 18- Indicação Leiga | <input type="checkbox"/> 99- Ignorado |

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?

| | | | |
|--|---------------------------------|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim | <input type="checkbox"/> 2- Não | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | 3 |
|--|---------------------------------|--|---|

57 Tipo da Exposição:

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Aguda - Única | <input type="checkbox"/> 2- Aguda Repetida | <input type="checkbox"/> 3- Crônica | 01 |
| <input type="checkbox"/> 4- Aguda Sobre Crônica | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | | |

Dados do Atendimento

58 Tempo Decorrido da Exposição e o Atendimento

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 1- Hora | <input checked="" type="checkbox"/> 2- Dia | <input type="checkbox"/> 3- Mês | <input type="checkbox"/> 4- Ano | <input type="checkbox"/> 5- Minutos | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | Duração da exposição | 3h |
|----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------|----|

59 Tipo de Atendimento:

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|--|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Hospitalar | <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial | <input type="checkbox"/> 3- Domiciliar | <input type="checkbox"/> 4- Nenhum | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | 01 |
|---|--|--|------------------------------------|--|----|

60 Houve hospitalização:

| | | | |
|--|---------------------------------|--|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim | <input type="checkbox"/> 2- Não | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | 02 |
|--|---------------------------------|--|----|

61 Data da Internação:

05/12/20

62 UF: SP 63 Município de Hospitalização: Guarulhos Código (IBGE): 3402000 64 Unidade de Saúde: U.S. 1 Código: 1000

SAS

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assintomático | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Miose | <input type="checkbox"/> Sialosquese |
| <input type="checkbox"/> Alucinação | <input type="checkbox"/> Confusão Mental | <input type="checkbox"/> Epistaxe | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Sincope |
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Hipertonia | <input type="checkbox"/> Obstipação | <input type="checkbox"/> Sonolência |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Eritema | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Sudorese |
| | | | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Taquicardia |

04/92927982

2- Rural 3- Perurbana 9 ou 99- Ignorado

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação: 09/12/15

32 Ocupação: gerente de suinocultura 02

33 Situação no Mercado de Trabalho:

- 01- Empregado registrado com carteira assinada
- 02- Empregado não registrado
- 03- Autônomo/Conta própria
- 04- Servidor Público estatutário
- 05- Servidor público celetista
- 06- Aposentado
- 07- Desempregado
- 08- Trabalho temporário
- 09- Cooperativado
- 10- Trabalhador avulso
- 11- Empregador
- 12 ou 88- outro
- 99- Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição:

- 1- Residência 2- Ambiente de trabalho 3- Trajeto do trabalho 9 ou 99- ignorado
- 4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente:

Fazenda Coqueiro

36 Atividade Econômica (CNAE):

37 UF: GO

38 Município do estabelecimento de ocorrência: Rio Verde

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:

Estrada Agua Mansa 75.900.000

46 (DDD) Telefone:

47 Zona:

- 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Brasil):

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral:

- 01- Medicamento 02- Agrotóxico/Usa agrícola 03- Agrotóxico/Usa doméstico 04- Agrotóxico/Usa saúde pública
- 05- Raticida 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Domissanitário 08- Cosmético/Higiene pessoal
- 09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas tóxica 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado

50 Agente tóxico (informar até três agentes):

Nome Comercial

Princípio Ativo

Grupo Químico

Dose

Roundup

(ROUNDUP (HERBICIDA))

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização:

- 1- Inseticida 2- Herbicida 3- Carrapaticida 4- Raticida 9 ou 99- Ignorado

5- Fungicida

6- Preservativo para madeira

7 ou 88- Outro

8- Não se aplica

9 ou 99- Ignorado

DADOS DA EXPOSIÇÃO

após busca ativa, encerro ficha conforme item 68

DADOS DA EXPOSIÇÃO

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- Diluição | <input type="checkbox"/> 05- Colheita | <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 02- Pulverização/Aplicação no campo | <input type="checkbox"/> 06- Transporte | <input type="checkbox"/> 11- Aplicação em saúde pública | 1ª Opção 02 |
| <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes | <input type="checkbox"/> 07- Desinsetização | <input type="checkbox"/> 12- Presença no lugar | 2ª Opção |
| <input type="checkbox"/> 04- Armazenamento | <input type="checkbox"/> 08- Produção/formulação | <input type="checkbox"/> 13- Manutenção de equipamento | 3ª Opção |
| | <input type="checkbox"/> 09 ou 88- Outros: | <input type="checkbox"/> 14 ou 99- Ignorado | |

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

Evento:

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1- Intoxicação | <input checked="" type="checkbox"/> 2- Exposição | <input type="checkbox"/> 3- Reação Adversa | <input type="checkbox"/> 4- Diagnóstico Diferencial | <input type="checkbox"/> 5- Síndrome de Abstinência | |
|--|--|--|---|---|--|

54 Via de exposição/contaminação:

| | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- Digestiva/Oral | <input type="checkbox"/> 02- Cutânea | <input checked="" type="checkbox"/> 03- Respiratória | <input type="checkbox"/> 04- Ocular | 1ª Opção 03 |
| <input type="checkbox"/> 05- Parenteral | <input type="checkbox"/> 06- Vaginal | <input type="checkbox"/> 07- Transplacentária | <input type="checkbox"/> 08 ou 88- Outro: | 2ª Opção 10 |
| <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | <input checked="" type="checkbox"/> 10- Nasal | <input type="checkbox"/> 11- Retal | <input type="checkbox"/> 12- Aleitamento Materno | 3ª Opção |

55 Circunstância da exposição/contaminação:

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual | <input type="checkbox"/> 02- Acidente Individual | <input type="checkbox"/> 03- Ambiental | <input type="checkbox"/> 04- Uso Terapêutico | <input type="checkbox"/> 05- Prescrição Médica Inadequada |
| <input type="checkbox"/> 06- Erro de administração | <input type="checkbox"/> 07- Automedicação | <input type="checkbox"/> 08- Abuso | <input type="checkbox"/> 09- Ingestão de alimentos ou bebidas | |
| <input type="checkbox"/> 10- Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> 11- Tentativa de aborto | <input type="checkbox"/> 12- Violência e homicídio | <input type="checkbox"/> 13 ou 88- Outro | |
| <input type="checkbox"/> 14- Acidente coletivo | <input checked="" type="checkbox"/> 15- Ocupacional | <input type="checkbox"/> 16- Abstinência | <input type="checkbox"/> 17- Uso indevido | <input type="checkbox"/> 18- Indicação Leiga |
| | | | | <input type="checkbox"/> 99- Ignorado |

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?

1- Sim 2- Não 9 ou 99- Ignorado

57 Tipo da Exposição:

1- Aguda - Única 2- Aguda Repetida 3- Crônica

4- Aguda Sobre Crônica 9 ou 99- Ignorado

Dados do Atendimento

58 Tempo Decorrido da Exposição e o Atendimento

| | | | |
|--|---------------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Hora | <input type="checkbox"/> 2- Dia | <input checked="" type="checkbox"/> 5 | Duração da exposição |
| <input type="checkbox"/> 3- Mês | <input type="checkbox"/> 4- Ano | <input checked="" type="checkbox"/> 5- Minutos | 50: min |
| <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado | | | |

59 Tipo de Atendimento:

| | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar | <input checked="" type="checkbox"/> 2- Ambulatorial | <input type="checkbox"/> 3- Domiciliar | <input type="checkbox"/> 4- Nenhum | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado |
|--|---|--|------------------------------------|--|

60 Houve hospitalização:

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Sim | <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado |
|---------------------------------|--|--|

61 Data da Internação: _____

62 UF: _____ 63 Município de Hospitalização: _____ Código (IBGE): _____ 64 Unidade de Saúde: _____ Código: _____

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assintomático | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Miose | <input type="checkbox"/> Sialosquese |
| <input type="checkbox"/> Alucinação | <input type="checkbox"/> Confusão Mental | <input type="checkbox"/> Epistaxe | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Sincope |
| <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Hipertonia | <input type="checkbox"/> Obstipação | <input type="checkbox"/> Sonolência |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Eritema | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Sudorese |
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Erupção/Pele | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Desidratação | <input type="checkbox"/> Estertores | <input type="checkbox"/> Hipotonia | <input type="checkbox"/> Parada Cardio-Respiratória | <input type="checkbox"/> Taquipneia |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> Exantema | <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória | <input type="checkbox"/> Paralisia | <input checked="" type="checkbox"/> Tontura |
| <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Distúrbio Metabólico | <input type="checkbox"/> Extrapiramidal | <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca | <input type="checkbox"/> Parestesia | <input type="checkbox"/> Torpor |
| | | <input type="checkbox"/> Fasciculações | <input type="checkbox"/> Insuficiência Hepática | <input type="checkbox"/> Petéquias | <input type="checkbox"/> Tosse |

Dados do Atendimento

58 - Tempo Decorrido da Exposição e o Atendimento

1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 5 - Minutos 9 ou 99 - Ignorado

Duração da exposição: _____

59 - Tipo de Atendimento:

1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum - 9 ou 99- Ignorado

60 - Houve hospitalização:

1- Sim

_____ Dias

2- Não

9 ou 99- Ignorado

61 - Data da Internação:

62 - UF:

63 - Município de Hospitalização

Código (IBGE):

64 - Unidade de Saúde:

Código

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

| | | | | | |
|---------------|------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------|-------------|
| Assintomático | Coma | Edema | Hipertensão | Miose | Sialosquese |
| Alucinação | Confusão Mental | Epistaxe | Hipertermia | Náuseas | Sincope |
| Agitação | Convulsão | Epigastralgia | Hipertonia | Obstipação | Sonolência |
| Anorexia | Diarreia | Eritema | Hipotensão | Palidez | Sudorese |
| Anúria | Disfagia | Erupção/Pele | Hipotermia | Palpitações | Taquicardia |
| Apatia | Desidratação | Estertores | Hipotonia | Parada Cardio – Respiratória | Taquipneia |
| Arritmia | Dispneia | Exantema | Insuficiência Respiratória | Paralisia | Tontura |
| Astenia | Distúrbio Metabólico | Extrapiramidal | Insuficiência Cardíaca | Parestesia | Torpor |
| Ataxia | Distúrbio Ácido Básico | Fasciculações | Insuficiência Hepática | Petéquias | Tosse |
| Bradycardia | Distensão Abdominal | Febre | Insuficiência Renal | Prurido | Tremores |
| Bradipneia | Distúrbio da Fala | Hematoma | Irritabilidade | Ptose Palpebral | Visão Turva |
| Cefaleia | Dor Abdominal | Hiperatividade | Mal Estar | Queimadura | Vômitos |
| Choque | Dor Local | Hiperemia | Mialgia | Rubor Facial | Outros |
| Cianose | Dor Precordial | Hiperreflexia | Midríase | Sialorreia | |

TRATAMENTO

A - Tratamento Inicial:

B - Tratamento Proposto pelo CIT:

C - Tratamento Realizado:

[A] [B] [C]

[A] [B] [C]

[A] [B] [C]

[A] [B] [C]

[] [] [] Nenhum

[] [] [] Hemodiálise

[] [] [] Tratamento sintomático

[] [] [] Lavagem intestinal

[] [] [] Observação Clínica

[] [] [] Hemoperfusão

[] [] [] Tratamento suporte

[] [] [] Retirada endoscópica

[] [] [] Diluição

[] [] [] Catártico

[] [] [] Descontaminação ocular

[] [] [] Intervenção cirúrgica

[] [] [] Neutralização

[] [] [] Lavagem Gástrica

[] [] [] Descontaminação cutânea

[] [] [] Ignorado

[] [] [] Êmese

[] [] [] Carvão Ativado

[] [] [] Alcalinização urinária

[] [] [] Exsanguínea transfusão

[] [] [] Demulcente

[] [] [] Antídoto

[] [] [] Diurese forçada

[] [] [] Outro:

CONCLUSÃO DO CASO

65 - Classificação final

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---|--|--|
| 1- Intoxicação Confirmada | <input type="checkbox"/> Leve (L) | <input type="checkbox"/> 2- Só Exposição | <input type="checkbox"/> 5- Síndrome de Abstinência | <input type="checkbox"/> 7- Provavelmente não tóxico |
| | <input type="checkbox"/> Moderada (M) | <input type="checkbox"/> 3- Reação Adversa | <input type="checkbox"/> 6- Intoxicação Não excluída | <input type="checkbox"/> 8- Não Intoxicação |
| | <input type="checkbox"/> Grave (G) | <input type="checkbox"/> 4- Outro Diagnóstico / Diagnóstico diferencial | | <input type="checkbox"/> 9 ou 99- Ignorado |

66 - Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico

CID - 10

Análise Toxicológica

Qual a Substância

Sim Não

67 - 1- Intoxicação Confirmada

68 - Evolução do Caso

1- Cura sem sequela 2- Cura com sequela

1- Laboratorial 3- Clínico

3- Óbito por Intoxicação exógena 4- Óbito por outra causa

2- Clínico Epidemiológico

5- Perda de seguimento/Cura não confirmada 6- Transferido 9 ou 99- Ignorado

69 - Data do Óbito

70 - Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT

71 - Data do Encerramento

1- Sim 2- Não 3- Não se aplica

Inclusão recente

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

Transferido para:

(DDD) Telefone:

Observações:

Plantonista/CIT:

Evolução:

Fonte de pesquisa:

Município/Unidade de Saúde:

Código da Unidade de Saúde:

Nome:

Função:

Assinatura: