PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do Atendimento: _____/_____/_____ **Hora:** _____ **Nº do Prontuário / BE:** _____

Unidade de Saúde: _____ **Nº CNES:** |_|_|_|_|_|_|_|

Endereço : _____ **Telefone:** _____

DADOS GERAIS DO PACIENTE

Nº Cartão SUS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Documento: ☐ Não ☐ Sim ☐ RG ☐ CPF ☐ CT ☐ CN **Nº do Doc:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ **Idade:** _____ ☐ Anos ☐ Meses ☐ Dias ☐ Ignorada

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino **Raça / Cor:** ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Parda

Escolaridade (em anos de estudo): ☐ Nenhum ☐ De 1 a 3 ☐ De 4 a 7 ☐ De 8 a 11 ☐ 12 e mais ☐ Ign. ☐ Não se aplica

Pessoa com deficiência: ☐ Não ☐ Sim **Qual?:** ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Mental ☐ Múltiplas Deficiências ☐ Ignorado

Nome da mãe: _____

Endereço de residência: _____ **Nº:** _____ **Compl.:** _____

CEP: |_|_|_|_|_|–|_|_|_| **Bairro:** _____ **Distrito Adm.:** _____

Cidade: _____ **UF:** _____ **Telefonte para contato:** _____

Nome do acampanhante: _____ **Grau de relacionamento:** _____

Nome do Responsável Legal: _____ **Grau de relacionamento:** _____

☐ Não foi possível coletar ☐ Adolescente emancipado

Quem transportou: ☐ COBOM-193 ☐ SAMU-192 ☐ GCM ☐ PM ☐ Ambulância Particular ☐ Particulares

☐ Outros: _____

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Caracterizar a vítima: ☐ Pedestre ☐ Ocupante de veículo ☐ Ignorado

Se ocupante de veículo: ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo ☐ Sem informação se condutor ou passageiro

Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu:

☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Automóvel ☐ Ônibus, caminhão ou outros veículos pasados ☐ Metrô ou Trem ☐ Outro transp. terrestre

☐ Transporte aéreo ☐ Transporte aquático ☐ Ignorado ☐ Outro: _____

Se a vítima for ocupante do veículo, informar se houve:

☐ Colisão com outro veículo - ESPECIFICAR: ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Automóvel ☐ Outro não-motorizado

☐ Ônibus, caminhão ou outros veículos pasados ☐ Metrô ou Trem

☐ Colisão com pedreste ou animal ☐ Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc) ☐ Ignorado ☐ Outro: _____

OUTROS ACIDENTES

☐ Queda de um nível a outro - ESPECIFICAR: ☐ Escada / Degrau ☐ Edifício / Laje ☐ Brinquedo ☐ Mobília (leito, cadeira, etc.)

☐ Outro: _____

☐ Queda do mesmo nível ☐ Queda não especificada

☐ Afogamento ☐ Fogo / Incêndio ☐ Outras queimaduras ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Mordedura animal ☐ Choque elétrico

☐ Deslizamento de terra ou inundação ☐ Sufocação ou aspiração de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração

☐ Outro (descrever): _____