

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso de álcool antes do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado

Suspeita ou evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado

A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão: Não Sim Ignorado Não se aplica

DADOS DA OCORRÊNCIA

Identificação da ocorrência:

Data: ____/____/____ Data ignorada Horário aproximado da ocorrência: _____ Horas Horário Ignorado

Local da ocorrência: Residência Via pública Bar e afins Escolas Creche/asilo Ignorado

Outro: _____

Endereço da ocorrência (exceto para residência):

Nome do local, se conhecido: _____

Rua/Av: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: | | | | | - | | | | Bairro: _____ Distrito Adm.: _____

Cidade: _____ Ponto de referência: _____

Descrição sumária do ocorrido: _____

CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE

Tipos de lesão (marcar somente uma opção):

- Traumatismo superficial Ferimento Fratura Luxação-Entorse-Distensão Traumatismo de nervos Esmagamento
- Traumatismo de medula espinhal Traumatismo de Vasos Traumatismo de tendões e músculos Amputação traumática
- Traumatismo de órgão interno (para cabeça, tórax ou addomen/dorso/pelve) Politraumatismo Queimadura
- Corpo estranho em orifício natural Outros (especificar): _____

Local de lesão (marcar somente uma opção):

- Cabeça Olho e/ou órbita ocular Ouvido Pescoço Tórax Trato respiratório Abdome/dorso/pelve
- Aparelho digestivo Trato genito-urinário Tronco - segmento não especificado Ombro e braço Cotovelo e antebraço
- Punho e mão Membro Superior - segmento não especificado Quadril e coxa Joelho e perna Tornozelo e pé
- Membro inferior - segmento não especificado Coluna - segmento não especificado Múltiplas regiões do corpo
- Outros (especificar): _____

Diagnóstico da lesão mais relevante - usar para descever e/ou complementar informação do quadro acima:

EVOLUÇÃO DO CASO

- Alta Em observação Acompanhamento clínico Internação Transferência Recebido em óbito
- Óbito durante o atendimento

ENCAMINHAMENTOS

- Ambulatório (rede básica ou especializada) Ambulatório do Hospital Hospital/PS Delegacia de Polícia
- IML Outros serviços: _____

Nome do responsável pelo preenchimento: _____

Inscrição no Conselho Profissional: C_R_ ____ Número: _____