

5. 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

6. 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: _____

7. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO OCORRIDO

8. CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE

CID10 _____ Descrição _____

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): _____

9. DIAGNÓSTICO DA LESÃO MAIS RELEVANTE

Usar para descever e/ou complementar informação do quadro acima:

10. EVOLUÇÃO DO CASO

Alta Em observação Acompanhamento clínico Internação Transferência Recebido em óbito

Óbito durante o atendimento

11. ENCAMINHAMENTOS

Ambulatório (rede básica ou especializada) Ambulatório do Hospital Hospital/PS Delegacia de Polícia

IML Outros serviços: _____

12.

Nome do responsável pelo preenchimento: _____

Inscrição no Conselho Profissional: C_R ____ Número: _____