

## 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: \_\_\_\_\_