

MODELO – ÍTEM 27

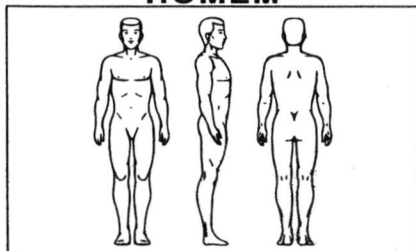
FICHA DE ATENDIMENTO À VITIMA DE ACIDENTES

Data de Atendimento:	Local de Ocorrência:	
Nome:		Idade:
End.:	Bairro:	Cidade:

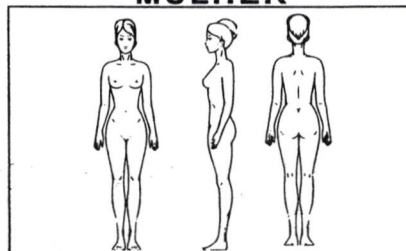
Tipo de Acidente (vítima de)	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Atropelamento
<input type="checkbox"/> Colisão entre veículos	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Outros _____	
A vítima foi recebida no serviço	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Óbito
Encontrava-se alcoolizada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES - LEGENDA: (FF) FRATURA FECHADA - (FA) FRATURA ABERTA (FCC) FERIMENTO CORTO CONTUSO - (FP) FERIMENTO PERFURANTE - (E) ESCORIAÇÃO - (ED) EDEMA- (HE) HEMATOMA

HOMEM



MULHER



Exames Complementares / Procedimento Realizado:

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito
Médico Responsável pelo atendimento:		

Nº C.R.M. _____

Carimbo e Assinatura