



**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: \_\_\_\_\_