



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