



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA

ANEXO AO RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA Nº _____

NATUREZA: _____

Nome	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº doc.	Órg. Expedidor
------	-------	---	---------	----------------

Endereço	Bairro	Cidade	UF
----------	--------	--------	----

SINAIS VITAIS	SINAIS E SINTOMAS	PROCEDIMENTOS	ESCALA DE GLASGOW		
<input type="checkbox"/> Ausentes P.A. _____ / _____ mmHg Pulso _____ bpm <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Irregular Respiração _____ mrpm <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Silenciosa <input type="checkbox"/> Ruidosa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Temperatura _____ °C Saturação de O ₂ _____ %	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Emese <input type="checkbox"/> Hálito etílico <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Pneumotórax <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> V.A. obstruídas <input type="checkbox"/> Liquorragia <input type="checkbox"/> Metrorragia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Anestesia _____ <input type="checkbox"/> Parestesia _____ <input type="checkbox"/> Paralisia _____ <input type="checkbox"/> Paresia _____ <input type="checkbox"/> Choque _____ <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Aplicação de gelo <input type="checkbox"/> Aquecimento <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Assepsia <input type="checkbox"/> Curat. compressivo <input type="checkbox"/> Curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Curativo valvulado <input type="checkbox"/> Desobstr. de V.A. <input type="checkbox"/> Elevação de MMII <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Oxig. _____ l/min <input type="checkbox"/> Parto assistido <input type="checkbox"/> Pressão digital <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Rolamento _____ graus <input type="checkbox"/> Elevação a cabaleira <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Outros _____	ADULTOS	ATÉ 5 ANOS	
			A – Abertura ocular	A – Abertura ocular	
			Abre espontaneamente	4	Abre espontaneamente
			Com estímulo auditivo	3	Com estímulo auditivo
			Com estímulo doloroso	2	Com estímulo doloroso
			Não abre os olhos	1	Não abre os olhos
			B – Resposta Verbal	B – Resposta Verbal	
			Orientado	5	Balbucio
			Conversa e está confuso	4	Choro irritado
			Palavras desconexas	3	Choro à dor
			Sons e Gemidos	2	Gemido à dor
			Nenhuma	1	Nenhuma
			C – Resposta Motora	C – Resposta Motora	
			Obedece a comandos	6	Movimentos espontâneos
			Localiza a dor	5	Retirada ao toque
			Retirada à dor	4	Retirada à dor
			Flexão anormal	3	Flexiona sem localizar
			Extensão anormal	2	Flexão anormal à dor
			Sem reação	1	Sem reação

PUPILAS	POSICÃO NO VEÍCULO	MATERIAIS UTILIZADOS
<input type="checkbox"/> Anisocóricas (D > E) <input type="checkbox"/> Anisocóricas (E > D) <input type="checkbox"/> Isocóricas mióticas <input type="checkbox"/> Isocóricas médias <input type="checkbox"/> Isocóricas midriáticas Não fotorreagente: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Qual veículo? <input type="checkbox"/> Condutor Passageiro: <input type="checkbox"/> Dianteiro <input type="checkbox"/> Traseiro Outros _____	<input type="checkbox"/> Ambú <input type="checkbox"/> Atadura _____ un <input type="checkbox"/> Avental _____ un <input type="checkbox"/> Cânula orofaríngea <input type="checkbox"/> Chumaço _____ un <input type="checkbox"/> Cobertor <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Esparadrapo/fita crepe <input type="checkbox"/> Estabilizador cervical <input type="checkbox"/> Esfignomanômetro <input type="checkbox"/> Estetoscópio <input type="checkbox"/> Gaze _____ unidade <input type="checkbox"/> Manta térmica _____ un <input type="checkbox"/> Mascara _____ un <input type="checkbox"/> Óculos de proteção <input type="checkbox"/> Oxímetro portátil <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input type="checkbox"/> Sonda e cateter _____ un <input type="checkbox"/> Soro fisiológico _____ ml <input type="checkbox"/> Sked <input type="checkbox"/> Tala articulável Luva: <input type="checkbox"/> C _____ un. <input type="checkbox"/> R _____ un. <input type="checkbox"/> P _____ un <input type="checkbox"/> Tala de tração femoral <input type="checkbox"/> Tala de papelão _____ unidades <input type="checkbox"/> Tala fácil <input type="checkbox"/> Termômetro <input type="checkbox"/> Tirantes <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Kit parto _____ unidade <input type="checkbox"/> Kit queimado _____ unidade <input type="checkbox"/> Outros _____

SITUAÇÃO DA VÍTIMA	CONDIÇÃO SEGURANÇA	DESTINO	HOSPITAL
<input type="checkbox"/> Em pé <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal <input type="checkbox"/> Decúbito ventral Decúbito lateral : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Outros _____	Usava cinto: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não observado Usava capacete: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Já Retirado <input type="checkbox"/> Não Observado Tipo de capacete: <input type="checkbox"/> Aberto <input type="checkbox"/> Fechado	<input type="checkbox"/> Não removido por morte óbvia <input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Outro _____	Hospital _____ Recebedor _____ Função _____ Ass. _____

OBSERVAÇÕES	RECUSA
 	Testemunha1: _____ _____ Fone _____ Ass. _____ Testemunha2: _____ _____ Fone _____ Ass. _____

Resp. p/ Informações (Nome e assinatura):	Of./Grad. de dia (Nome e assinatura):	Visto da unidade operacional	Visto da Seção de Operações
---	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

