

Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(*) Campo obrigatório.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

* 1-Nome do Paciente

* 2-Data de Nascimento

3-Idade do Paciente

* 4-Sexo

1-Feminino | 2-Masculino | 3-Outros

* 5-Nome da Mãe

6-Endereço do Paciente

7-Contato Telefônico

8-CPF

9-CNS

* 10-Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospital

1-Sim | 2-Não

11-Informações Complementares

Qual o Hospital

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

* 12-Data do Acidente

* 13-Período do Dia

1-Manhã | 2-Tarde | 3-Noite

* 14-Em que Dia da Semana Ocorreu o Acidente

1-Segunda-Feira | 2-Terça-Feira | 3-Quarta-Feira | 4-Quarta-Feira
5-Quinta-Feira | 6-Sábado | 7-Domingo

* 15-O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado

1-Sim | 2-Não

* 16-Município de Ocorrência do Acidente

* 17-Bairro:

18-Endereço do Local do Acidente

* 19-Tipo do Acidente

1-Abalroamento | 2-Atropelamento | 3-Capotamento
4-Queda de Moto | 5-Colisão/Choque | 6-Outros

Outros:

* 20-Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente

☐ Carro

☐ Caminhão

☐ Motocicleta

☐ Motonetas 50cc

☐ Bicicletas

☐ Ônibus

☐ Vans

☐ Outros

Outros:

* 21-A Vítima Apresenta Sinais de Embriaguez/Consumo de Bebida Alcoólica

1-Sim | 2-Não

* 22-O Paciente Envolvido no Acidente

1-Pedestre | 2-Conductor | 3-Passageiro

* 23-Houve Óbitos

1-Sim | 2-Não

O Óbito Ocorreu

1-No Encaminhamento | 2-No Hospital

* 24-Quadro de Lesões da Vítima

1-Leve | 2-Grave | 3-Gravíssima

EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDENTE

* 25-Responsáveis em Prestar Apoio no Local

☐ BPTRAN

☐ Corpo de Bombeiros

☐ PRF

☐ SAMU

☐ Órgãos Municipais de Trânsito

☐ Socorrido por Terceiros

☐ Outros

Outros:

UNIDADE NOTIFICADORA

* 26-Nome da Instituição/Hospital

* 27-Cargo/Função do Notificador

* 28-Nome do Responsável Pela Digitação

* 29-Telefone da Instituição/Hospital