

## Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(\*) Campo obrigatório.

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

<b>* 1-Nome do Paciente</b>		<b>* 2-Data de Nascimento</b>	<b>3-Idade do Paciente</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>* 4-Sexo</b>	<b>* 5-Nome da Mãe</b>		<b>6-Endereço do Paciente</b>
<input type="text"/> 1-Feminino   2-Masculino   3-Outros	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>7-Contato Telefônico</b>	<b>8-CPF</b>		<b>9-CNS</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>* 10-Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospital</b>		<b>11-Informações Complementares</b>	
<input type="text"/> 1-Sim   2-Não		<input type="text"/>	
<b>Qual o Hospital</b>			
<input type="text"/>			

### INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

<b>* 12-Data do Acidente</b>	<b>* 13-Período do Dia</b>	<b>* 14-Em que Dia da Semana Ocorreu o Acidente</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/> 1-Manhã   2-Tarde   3-Noite	<input type="text"/> 1-Segunda-Feira   2-Terça-Feira   3-Quarta-Feira   4-Quarta-Feira 5-Quinta-Feira   6-Sábado   7-Domingo
<b>* 15-O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado</b>	<b>* 16-Município de Ocorrência do Acidente</b>	
<input type="text"/> 1-Sim   2-Não	<input type="text"/>	
<b>* 17-Bairro:</b>	<b>18-Endereço do Local do Acidente</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>* 19-Tipo do Acidente</b>	<b>Outros:</b>	
<input type="text"/> 1-Abalroamento   2-Atropelamento   3-Capotamento 4-Queda de Moto   5-Colisão/Choque   6-Outros	<input type="text"/>	
<b>* 20-Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente</b>		
<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Motonetas 50cc <input type="checkbox"/> Bicicletas <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Vans <input type="checkbox"/> Outros		
Outros: <input type="text"/>		
<b>* 21-A Vítima Apresenta Sinais de Embriaguez/Consumo de Bebida Alcoólica</b>	<b>* 22-O Paciente Envolvido no Acidente</b>	
<input type="text"/> 1-Sim   2-Não	<input type="text"/> 1-Pedestre   2-Conductor   3-Passageiro	

<b>* 23-Houve Óbitos</b>	<b>O Óbito Ocorreu</b>
<input type="text"/> 1-Sim   2-Não	<input type="text"/> 1-No Encaminhamento   2-No Hospital
<b>* 24-Quadro de Lesões da Vítima</b>	
<input type="text"/> 1-Leve   2-Grave   3-Gravíssima	

### EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDENTE

<b>* 25-Responsáveis em Prestar Apoio no Local</b>						
<input type="checkbox"/> BPTRAN	<input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Órgãos Municipais de Trânsito	<input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros	<input type="checkbox"/> Outros
Outros: <input type="text"/>						

### UNIDADE NOTIFICADORA

<b>* 26-Nome da Instituição/Hospital</b>	<b>* 27-Cargo/Função do Notificador</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>* 28-Nome do Responsável Pela Digitação</b>	<b>* 29-Telefone da Instituição/Hospital</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>