

Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(*) Campo obrigatório.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*1-Nome do Paciente

*2-Nome da Mãe

3-Endereço do Paciente

*4-Data de Nascimento

5-Idade do Paciente

*6-Sexo

1-Feminino | 2-Masculino | 3-Outros

7-Contato Telefônico

*8-CPF

9-CNS

*10-Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospital

1-Sim | 2-Não

*11-Informações Complementares

*12-Qual o Hospital

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

*13-Município de Ocorrência do Acidente

*14-Data do Acidente

*15-O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado

1-Sim | 2-Não

*16-Período do Dia

1-Manhã | 2-Tarde | 3-Noite

*17-Em que Dia da Semana Ocorreu o Acident

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

*18-Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente

☐ Carro

☐ Caminhão

☐ Motocicleta

☐ Motonetas 50cc

☐ Bicicletas

☐ Ônibus

☐ Vans

☐ Outros

Outros:

*19-Tipo do Acidente

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

Outros:

*20-O Sinistro Ocorreu em Dia de Feriado

1-Sim | 2-Não

*21-O Paciente Envolvido no Acidente

1-Pedestre | 2-Conductor | 3-Passageiro

*22-A Vítima Apresenta Sinais de Embriaguez e/ou Consumo de Bebidas Alcoólicas

1-Sim | 2-Não

23-Endereço do Local do Acidente

*24-Bairro:

*25-Houve Óbitos

1-Sim | 2-Não

26-Número de Óbitos

27-Número de Feridos

*28-Quadro de Lesões da Vítima

1-Leves | 2-Graves | 3-Gravíssimas | 4-Lesão Seguida de Morte

29-Em Caso de Óbito da Vítima

1-Óbito no Encaminhamento | 2-Óbito no Hospital

EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDENTE

*30-Responsáveis em Prestar Apoio no Local

☐ BPTRAN

☐ Corpo de Bombeiros

☐ PRF

☐ SAMU

☐ Órgãos Municipais de Trânsito

☐ Socorrido por Terceiros

☐ Outros

Outros:

UNIDADE NOTIFICADORA

*31-Nome da Instituição/Hospital

*32-Cargo/Função do Notificador

*33-Nome do Responsável Pela Digitação

*34-Telefone da Instituição/Hospital