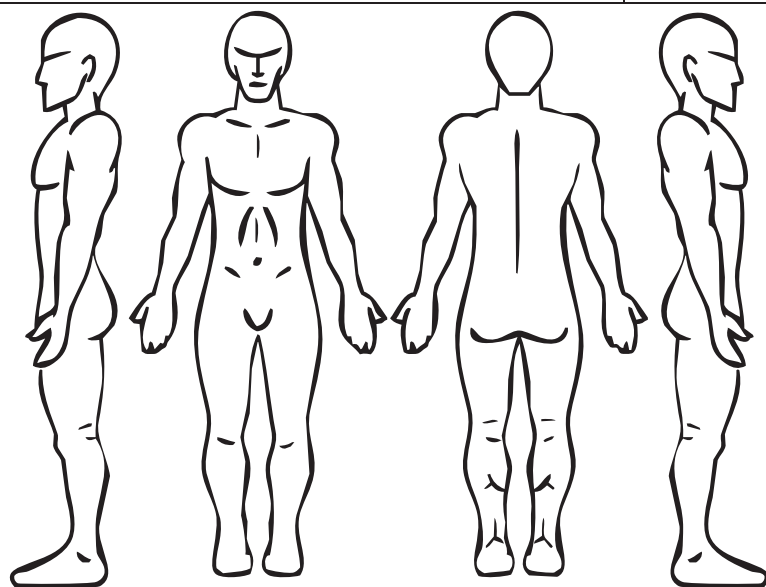


Nome do Socorrista:

Data:	Hora do acidente:	Hora da avaliação:
Nome da vítima:	idade:	Sexo:
Nome do Cânião:	Localização exata:	Peso:
Nº de pessoas que estão com a vítima:	Altura:	

Circunstâncias do Acidente	
<b>Tipo de Acidente:</b> Salto: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Bloqueado na Corda: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Queda: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Afogamento: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Exaustão / Frio: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>	Queda de Pedras: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Bloqueio por inundação: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> Outros: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>  Vítima Nº ____ / Nº total de vítimas ____



## Local das Lesões

- ferida: X
- hemorragia: ~
- luxação visível: ↗
- suspeita de fratura fechada: →
- fratura exposta: ↔
- hematoma, dor: ▨

Estado da Vítima	Posição atual da Vítima
<b>CONSCIENTE:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <i>a quanto tempo:</i> <b>Responde as Perguntas:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>confuso</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Reage a Estimulação:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>fracamente</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>	<b>Se Move:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Esta Falando:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Está Dormindo:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Sente Frio:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Vomitou:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>
<b>RESPIRAÇÃO:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <i>regular</i> <input type="checkbox"/> <i>dolorosa</i> <input type="checkbox"/> <b>Dor no Peito ou Dificul em resp:</b> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <i>um pouco</i> <input type="checkbox"/> <i>bastante</i> <input type="checkbox"/>	<b>DOR:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <i>Intensidade da dor, de 0 à 10:</i> <i>(0 = sem dor, 10 = intolerável)</i> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> Impossibilidade de mover totalmente ou parte do corpo: <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>
<b>CIRCULAÇÃO:</b> <i>SIM</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/> <b>Batimentos por min:</b> <i>forte</i> <input type="checkbox"/> <i>normal</i> <input type="checkbox"/> <i>fraco</i> <input type="checkbox"/> <b>Arritmia:</b> <i>sim</i> <input type="checkbox"/> <i>não</i> <input type="checkbox"/>	<b>Grupo sanguíneo:</b> _____  <b>AÇÕES DE REALIZADAS</b> Reanimação ventilatória: <input type="checkbox"/> Reanimação cardiaca: <input type="checkbox"/> Ponto de compressão: <input type="checkbox"/> Alegria à: _____ Doença conhecida: _____ Antecedentes: _____ Medicamentos consumidos e horários: _____