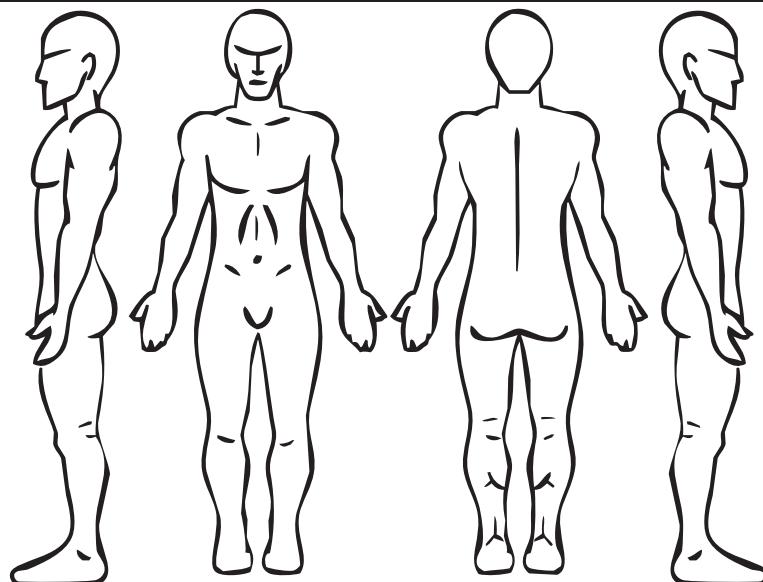
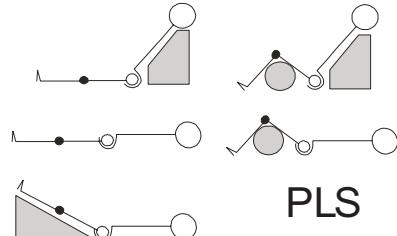


Nome do Socorrista:

|   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| Data:   | Hora do acidente:  | Hora da avaliação:  |
| Nome da vítima:   | idade: Sexo:       |   |
| Nome do Cânion:   | Localização exata: | Peso: Altura:   |
| Nº de pessoas que estão com a vítima:   |                    |   |
| <b>Circunstâncias do Acidente</b>   |                    |   |
| <b>Tipo de Acidente:</b><br>Salto: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Bloqueado na Corda: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Queda: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Afogamento: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Exaustão / Frio: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |                    | Queda de Pedras: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Bloqueio por inundação: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>Outros: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Vitima Nº _____ / Nº total de vitimas _____   |                    |   |

**Local das Lesões**ferida:  Xhemorragia: luxação visível: suspeita de fratura fechada: fratura exposta: hematoma, dor: **Estado da Vítima****Posição atual da Vítima**

|  |   |  |
|--|---|--|
| CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>a quanto tempo:<br><br>Responde as Perguntas: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não<br><br>Reage a Estimulação: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não | Se Move: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Esta Falando: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Está Dormindo: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Sente Frio: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Vomitou: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <br><b>PLS</b>  |
| RESPIRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br>regular <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/><br><br>Dor no Peito ou Difícil em resp: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> bastante  | DOR: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Intensidade da dor, de 0 à 10:<br>(0 = sem dor, 10 = intolerável)<br><br><br><br>Impossibilidade de mover totalmente ou parte do corpo: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  | <b>AÇÕES DE REALIZADAS</b><br>Reanimação ventilatória: <input type="checkbox"/><br>Reanimação cardiaca: <input type="checkbox"/><br>Ponto de compressão: <input type="checkbox"/><br>Alegria à:<br>Doença conhecida:<br>Antecedentes:<br>Medicamentos consumidos e horários: |
| CIRCULAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não<br><br>Batimentos por min: forte <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/><br><br>Arritmia: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  | Grupo sanguíneo :   |  |