

Ficha de Acompanhamento à Vítima**Nome do Ferido:**

DATA E HORA	Conciênci a O ferido...	Douleur Intensidade 0 à 10 0 = sem dor 10 = intolerável	Respiração	Circulação	Medicamentos Utilizados	Ações de Socorro Realizados
	<p>Responde as questões: sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Reage a Estimulações: sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Se Movimenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Vomitou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<p>Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/></p>	<p>Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:</p>		
	<p>Responde as questões: sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Reage a Estimulações: sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Se Movimenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Vomitou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<p>Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/></p>	<p>Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:</p>		
	<p>Responde as questões: sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Reage a Estimulações: sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Se Movimenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Vomitou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<p>Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/></p>	<p>Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:</p>		
	<p>Responde as questões: sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Reage a Estimulações: sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Se Movimenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Vomitou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<p>Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/></p>	<p>Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:</p>		
	<p>Responde as questões: sim <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Reage a Estimulações: sim <input type="checkbox"/> fracamente <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Se Movimenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Vomitou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<p>Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/></p>	<p>Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:</p>		