

Ficha de Acompanhamento à Vítima

Nome do Ferido:

DATA E HORA	Consciência O ferido...	Douleur Intensidade 0 à 10 0 = sem dor 10 = intolerável	Respiração	Circulação	Medicamentos Utilizados	Ações de Socorro Realizados
	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"/>	<input type="text"/>	Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/>	Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:		
	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"/>	<input type="text"/>	Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/>	Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:		
	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"/>	<input type="text"/>	Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/>	Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:		
	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"/>	<input type="text"/>	Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/>	Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:		
	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"/>	<input type="text"/>	Resp por Min: Dolorosa: <input type="checkbox"/> Respira: não <input type="checkbox"/> fraco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/>	Outros Sangramentos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> bpm:		