

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Preenchido pela Recepção

Deve ser preenchido por profissionais de saúde

| | | |
|--|----------|----------------------------------|
| 1. Data do Atendimento / / | 2. Hora: | 3. Nº de Registro na Unidade |
| 4. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE |
| 5. Nome: | | 6. Sexo () M () F |
| 7. Data de Nascimento: / / | | 8. Idade: |
| 9. Documento: () Cartão SUS - (14 campos) () Outro - Nº/Tipo (14 campos) | | |
| 10. Raça/ : () Branca () Amarela () Parda () Preta Etnia () Indígena | | |
| 11. Estado Civil: () Solteiro () Casado/União Estável () Separado () Divorciado () Viúvo | | |
| 12. Endereço residencial: Rua/Av. Nº Complemento: Bairro Distrito: Município: UF: Código do Município (IBGE): Zona: () Urbana () Rural | | |
| 13. Profissão/Ocupação: | | |
| 14. Situação/Vínculo: () Empregado c/carteira () Empregado s/carteira () Empregador () Autônomo () Servidor Público () Cooperado () Desempregado () Aposentado () Informal () Estudante () Não se aplica para menores de 10 anos de idade | | |
| 15. Empresa em que trabalha: | | Telefone: () |
| Endereço: Bairro: Município: UF: | | |
| 16. Acompanhante/Responsável - Nome: | | Telefone: () |
| Endereço: Bairro: Município: UF: | | |
| ATENDIMENTO | | |
| 17. () 1º atendimento p/situação () Revisão/Retorno de atendimento anterior | | |
| 18. Quem trouxe o paciente: () iniciativa própria () amigos/familiares () populares () Atendimento Pré-Hospitalar () Ambulância/Serviço de Saúde () Polícia/Militares () outros | | |
| 19. () Causas Externas (Acidentes/Violências) | | |
| DADOS DA OCORRÊNCIA | | |
| 20. Endereço da Ocorrência: Rua/Av. Nº Complemento: Bairro: Distrito: Município: UF: Código do Município (IBGE): | | |
| 21. Zona: () Rural/Domicílio () Urbana/Domicílio () Ignorado () Rural/Industrial () Urbana/Industrial () Outros () Rural/Empresa () Urbana/Empresa () Rural/Rodovia () Urbana/Via Pública () Rural/Ferrovia () Urbana/Ferrovia () Rural/Rios/Lagos/Mar () Urbana/Rios/Lagos/Mar | | |
| 22. Data da Ocorrência: / / | | 26. Hora da Ocorrência: |
| 23. Estava trabalhando quando ocorreu o agravo? () Sim () Não () Ignorado | | |
| 24. Estava indo ou voltando do Trabalho? () Sim () Não () Ignorado | | |
| 25. Nº do BO: | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO AGRAVO | | |
| 26. Morbidade informada: () Acidente () Agressão por terceiros () Agressão auto-infligida () Ignorado | | |
| 27. Acidente de Trânsito/Transporte: () Atropelamento () Colisão () Capotamento () Queda do Veículo () Queda no Veículo () Ignorado | | |
| Veículo: () Automóvel () Motocicleta () Bicicleta () Ônibus () Caminhão () Trem/Bondê/Metrô () Embarcação () Aeronave () Ignorado () Outro | | |
| Caracterização da Víctima no Acidente: () Pedestre () Condutor () Ignorado () Outro | | |
| 28. Envenenamento/Intoxicação: () Agrotóxico () Medicamentos () Produtos Químicos () Alcool () Outras Drogas () Plantas Tóxicas () Animais Peçonhentos () Alimentos () Ignorado () Outros | | |
| 29. Queda: () Do mesmo nível () Andaime () Escada () Laje () Telhado () Plano elevado | | |
| 30. Queimadura: () Fogo () Líquido Quente () Eletricidade () Produto químico () Solar/irradiação () Plantas/Insetos/Animais | | |
| 31. Acidentes com máquinas e ferramentas: () Serra mecânica () Guilhotina () Ferramenta manual () Máquina agrícola () Prensa () Ignorado () Outro | | |
| 32. Outros acidentes: () Solterramento () Afogamento () Asfixia/sufocamento/enforcamento () Impacto de objetos () choque elétrico | | |
| 33. Agressão/acidentes: () Corpo a corpo () Arma de fogo () Arma branca () Violência Sexual () Animal Maus tratos: () Negligência () Abuso Físico () Abuso Psicológico () Abuso Sexual () Maus tratos físicos () Outros | | |
| 34. Identificação do agressor: Sexo () M () F Raça/Etnia: | | |
| 35. Parte do corpo atingida (somente em caso de trauma): () Face () Cabeça () Pescoço () Tronco () Genitália / Perineo/Ânus () Membro inferior direito () Membro inferior Esquerdo () Membro superior direito () Membro superior esquerdo () Mãos/dedos | | |