

ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Vítima de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) atendida em serviço de saúde. Considera-se ATT aquele que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro (CID – 10, Cap. XX)

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença ACIDENTES DE TRANSPORTE		Código (CID10)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		5 Data do atendimento	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	7 Busca pelo CNS/CPF			
	8 Nome de registro (civil)			9 CNS
	10 CPF	11 Nome social		
	12 Nome da mãe		13 Telefone	14 UF
	15 Município		16 Sexo M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Feminino I- Ignorado	17 Gênero 1- Cis 2-Transexual masculino <input type="checkbox"/> 3- Transexual feminino 4- Travesti 99- Ignorado
	18 Data de nascimento	19 Idade 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano	20 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	21 Pessoa com deficiência 1- sim 2- não 99- ignorado
	22 Tipo de deficiência 1- Física 2- Visual 3- Auditiva 4-Mental <input type="checkbox"/> 5- Múltiplas deficiências 99- Ignorado		23 Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não 99- Ignorado	24 Ocupação relacionada ao setor de transporte 1- Sim 2- Não 88- Não se aplica 99- Ignorado
	25 Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte: 1- Motorista de carro de passeio 2- Motorista de táxi 3- Motorista de ônibus/similar 4-Motorista de caminhão 5- Motofretista ("Motoboy") 6- Condutor de veículos de tração animal 7- Condutor de veículos a pedais 8- Mototaxista 9- Motorista de aplicativo 77- Outra: _____ 88- Não se aplica 99- Ignorado			26 Ocupação não relacionada ao setor de transporte (especificar)
	27 Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade 1- Veículo particular 2- Viatura policial 3- Samu 4- Resgate/bombeiro <input type="checkbox"/> 5- Ambulância 6- Coletivo 7- A pé 77- Outros: _____ 99-Ignorado		28 Condição da vítima ao chegar na unidade 1- Consciente 2- Inconsciente 3- Morto 99- Ignorado	
	29 Data do acidente	30 Dia da Semana <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Terça - feira <input type="checkbox"/> Quinta - feira <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Segunda - feira <input type="checkbox"/> Quarta - feira <input type="checkbox"/> Sexta - feira		
31 Turno 1- Madrugada (00:00 às 05:59) 2-Manhã (6:00 às 11:59) <input type="checkbox"/> 3- Tarde (12:00 às 17:59) 4- Noite (18:00 às 23:59)	32 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	33 UF	34 Município (ocorrência)	
35 Logradouro (ocorrência)		36 Nº	37 Bairro (ocorrência)	
38 Ponto de referência	39 Endereço Não encontrado ou não é ES?		40 Tipo de vítima 1- Condutor 2- Pedestre 3- Passageiro <input type="checkbox"/> 4- Pessoas conduzida em local inadequada 99- Ignorada	
41 Meio de locomoção da vítima no momento do acidente 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/similar <input type="checkbox"/> 6- Veículo pesado 7- Ambulância/SAMU/Resgate 8-Veículo de tração animal/Animal montado 77- Outro: _____ 99- Ignorado		42 Natureza do acidente 1- Colisão/Abaloamento <input type="checkbox"/> 2- Atropelamento 5- Choque com objeto fixo 3- Tombamento/Capotamento 77- Outro: _____ 4- Queda em/do veículo 99- Ignorado		
43 Campo CID	44 Outra parte envolvida no acidente 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Bicicleta 4- Ônibus/similar 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Veículo pesado <input type="checkbox"/> 8- Veículo de tração animal/Animal montado 9- Pedestre 77-Outro: _____ 88- Não se aplica 99- Ignorado			
45 Acidente relacionado ao trabalho 1- Durante o serviço/trabalho 2- Indo ou voltando do trabalho <input type="checkbox"/> 3- Não relacionado ao trabalho 88- Não se aplica 99- Ignorado		46 Se acidente de trabalho, foi notificado no eSUS VS? 1- Sim 2- Não 99- Ignorado		
47 Excesso de velocidade pelo condutor 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	48 Sono / Fadiga do condutor 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	49 Condutor possui habilitação 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	50 Uso de celular 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	
51 Uso de bebida alcoólica pelo condutor 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	52 Desrespeito ao semáforo 1- Sim 2- Não 99- Ignorado <input type="checkbox"/>	53 Outro fator relacionado ao acidente 1- Buraco na via 2- Ausência de sinalização na via 3- Travessia de pedestre fora da faixa 4- Desvio de animal na pista 5- Pedestre alcoolizado 6- Nenhum outro fator 7- Violência 77- Outro fator 99- Ignorado		
54 Uso de cinto de segurança /Equipamento de retenção pela vítima 1- Sim 2- Não 88- Não se aplica 99- Ignorado <input type="checkbox"/>		55 Uso de capacete pela vítima 1- Sim 2- Não 88- Não se aplica 99- Ignorado <input type="checkbox"/>		
56 Natureza da lesão 1- Fratura 2- Amputação traumático 3-Traumatismo cranioencefálico <input type="checkbox"/> 4- Lesões de órgãos internos 5- Politraumatismo 6- Queimadura 7- Corte/Laceração 8- Torção/Luxação 77- outra _____ 99- Ignorado	57 Parte / Região do corpo atingida (diagnóstico principal) 1- Cabeça 2- Face 3- Pescoço 4- Coluna/Medula 5- Tórax/Dorso <input type="checkbox"/> 6- Abdomen 7- Quadril 8- Membros superiores 9- Membros inferiores 10- Múltiplos órgãos 99- Ignorado			

LESÃO/
.....

58 Evolução do atendimento no serviço

1- Alta hospitalar 2- Alta com encaminhamento ambulatorial 3- Internação hospitalar 4- Transferência para outra unidade de saúde
5- Evasão/fuga 6- Óbito 88- Não se aplica 99- Ignorado

INFORMAÇÕES
COMPLEMENTARES E

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura