



# INSTITUTO DE SOCORROS A NÁUFRAGOS

A entregar na autoridade competente, no prazo máximo de **24 horas** após a ocorrência

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA (PISCINA)**

LOCAL DA OCORRÊNCIA (NOME DA PISCINA): \_\_\_\_\_

LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ CONCELHO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ NADADOR-SALVADOR: \_\_\_\_\_ EM SERVIÇO   
FORA DE SERVIÇO

## TIPOLOGIA DA PISCINA

### MUNICIPAL:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA
- PISCINA NATURAL

### UNIDADE HOTELEIRA:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA
- PARQUE AQUÁTICO

### CLUBE DESPORTIVO:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA

### CLUBE PRIVADO:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA

### PARQUE DE CAMPISMO:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA

### ESCOLA / COLÉGIO:

- PISCINA COBERTA
- PISCINA DESCOBERTA

OUTRA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO NADADOR-SALVADOR

NOME \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ SEXO  M  F

CONTACTO \_\_\_\_\_

N.º NADADOR-SALVADOR \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO NADADOR-SALVADOR \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

NOME \_\_\_\_\_

MORADA: (RUA) \_\_\_\_\_

N.º DA PORTA \_\_\_\_\_ ANDAR \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO  M  F CONTACTO \_\_\_\_\_

## INCIDENTE

- SALVAMENTO
- 1.º SOCORROS
- BUSCA
- OUTRO: \_\_\_\_\_

### CAUSAS PROVÁVEIS DO ACIDENTE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AVC               | <input type="checkbox"/> TRAUMATISMO           |
| <input type="checkbox"/> ANGINA DE PEITO   | <input type="checkbox"/> VERTEBROMEDULAR       |
| <input type="checkbox"/> ENFARTE           | <input type="checkbox"/> CRANIOENCEFÁLICO      |
| <input type="checkbox"/> CHOQUE            | <input type="checkbox"/> MÚSCULO-ESQUELÉTICO   |
| <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA        | <input type="checkbox"/> QUEDA                 |
| <input type="checkbox"/> PARAGEM DIGESTIVA | <input type="checkbox"/> CRISE DIABÉTICA       |
| <input type="checkbox"/> QUEIMADURA        | <input type="checkbox"/> CRISE EPILÉPTICA      |
| <input type="checkbox"/> INSOLAÇÃO         | <input type="checkbox"/> PICADA DE INSECTO     |
| <input type="checkbox"/> GOLPE DE CALOR    | <input type="checkbox"/> FERIDAS / ESCORIAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> CEFALÉIAS         | <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO            |
| <input type="checkbox"/> OUTRA: _____      |  |

### ATIVIDADE NO MOMENTO DO ACIDENTE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NATAÇÃO           | <input type="checkbox"/> APNEIA: LIVRE OU ORIENTADA      |
| <input type="checkbox"/> AULA DE GRUPO     | <input type="checkbox"/> CAMINHAVA / CORRIA FORA DE ÁGUA |
| <input type="checkbox"/> SALTO PARA A ÁGUA | <input type="checkbox"/> FLUTUAR / BOIAR NA ÁGUA         |
| <input type="checkbox"/> ATIVIDADE LÚDICA  | <input type="checkbox"/> ATIVIDADE DE MERGULHO           |
| <input type="checkbox"/> OUTRA: _____      |  |

### OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSEQUÊNCIA

- ILESO
- MORTO
- FERIDO
- OUTRO: \_\_\_\_\_

## INTERVENÇÃO

### ENTIDADES QUE PRESTARAM ASSISTÊNCIA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INEM              | <input type="checkbox"/> GNR              |
| <input type="checkbox"/> BOMBEIROS         | <input type="checkbox"/> PSP              |
| <input type="checkbox"/> POLÍCIA MARÍTIMA  | <input type="checkbox"/> NADADOR-SALVADOR |
| <input type="checkbox"/> PARTICULAR: _____ |   |

### MEIO(S) ENVOLVIDO(S)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NENHUM EQUIPAMENTO  | <input type="checkbox"/> VARA DE SALVAMENTO     |
| <input type="checkbox"/> CINTO DE SALVAMENTO | <input type="checkbox"/> PLANO RÍGIDO FLUTUANTE |
| <input type="checkbox"/> BOIA CIRCULAR       |   |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____        |   |

### EVACUAÇÃO

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> INEM         | <input type="checkbox"/> VIATURA PARTICULAR |
| <input type="checkbox"/> BOMBEIROS    | <input type="checkbox"/> NÃO FOI NECESSÁRIA |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |   |

## RECUSA DE TRATAMENTO\*

Eu, \_\_\_\_\_, com BI/CC nº \_\_\_\_\_, declaro que, após ter tomado conhecimento dos riscos decorrentes da minha decisão, recuso receber tratamento e ser transportado até à unidade de saúde.

Assinatura: \_\_\_\_\_

\* No caso de menores de 18 anos, ou adultos legalmente "incapazes" de tomar essa decisão, o tratamento deve ser sempre prestado.

