



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: _____ | |

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: _____ | |

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

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.

