

Data e hora do relato ___ / ___ / ____ ; às ___ : ___ AM PM 24h

Relator _____ Telefone _____

Email _____ Relação com o mergulhador _____

Mergulhador acidentado

Nome _____ Telefone _____

Email _____ Idade _____ Sexo M F

Queixa principal

Dados dos mergulhos

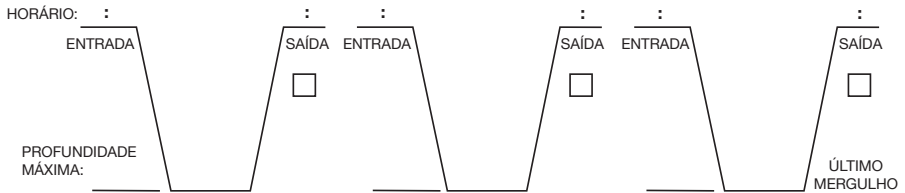
Local _____

Data do último mergulho ___ / ___ / ____ ; às ___ : ___ AM PM 24h

Número de dias da série de mergulhos _____ Mistura respirada Ar EANx Outra _____

Número de mergulhos na série _____ Profundidade máxima na série de mergulhos _____

Perfil dos mergulhos no dia do incidente: Informe o horário de entrada, o horário de saída e o horário da manifestação dos sintomas



Descreva todos os incidentes durante a série de mergulhos

Primeiros socorros com oxigênio

Horário de início do fornecimento de O₂ ___ : ___ AM PM 24h

Tempo total de fornecimento de O₂ ___ h ___ m

Modo de fornecimento de O₂ Válvula de demanda Máscara de não reinalação _____

Máscara sem reservatório de O₂ Canula nasal Outra ___ Não sei (veja a prancheta DAN Oxygen)

Com relação aos sintomas após o início de fornecimento de O₂

- | | | | |
|------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Após 30 minutos | <input type="checkbox"/> melhora | <input type="checkbox"/> inalterado | <input type="checkbox"/> piora |
| Após 60 minutos | <input type="checkbox"/> melhora | <input type="checkbox"/> inalterado | <input type="checkbox"/> piora |
| Após 90 minutos | <input type="checkbox"/> melhora | <input type="checkbox"/> inalterado | <input type="checkbox"/> piora |
| Após 120 minutos | <input type="checkbox"/> melhora | <input type="checkbox"/> inalterado | <input type="checkbox"/> piora |
| Após 6 horas | <input type="checkbox"/> melhora | <input type="checkbox"/> inalterado | <input type="checkbox"/> piora |

