



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
COMITÊ ESTADUAL DE VIGILÂNCIA À MORTE MATERNA, INFANTIL E FETAL
CEVMMI

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Nº da DO _____

Data do Óbito ___/___/_____ Hora: _____

I - IDENTIFICAÇÃO		
1. Nome _____		2. Data de Nascimento ___/___/_____
3. Nome da mãe _____		4. Nº do cartão SUS _____
5. Idade no momento do óbito: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos		
6. Sexo: () Feminino () Masculino () Ignorado		Nº da Declaração de Nascimento Vivo _____
7. Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado		
8. Tipo de Óbito: () Fetal () Não Fetal		
9. Momento do óbito em relação ao Parto: () Antes () Durante () Depois		
10. Fontes de informação da investigação		
() Prontuário ambulatorial () Entrevista domiciliar () SVO		
() Prontuário hospitalar () Entrevista com profissionais de saúde () IML		
() Banco de Dados (SINAN, AIH, ..) () Registros hospitalares		
II - RESIDÊNCIA		
11. Endereço _____		12. Bairro _____
13. Município de Residência: _____	14. Código IBGE: _____	15. UF _____
III - OCORRÊNCIA		
16. Local de ocorrência do óbito: () Hospital () Domicílio () Via pública		
() aldeia indígena () Outros estabelecimentos de Saúde () Outros		
17. Nome do Estabelecimento: _____		
18. Endereço _____		19. Bairro _____
20. Município de Ocorrência: _____	21. Código IBGE: _____	22. UF _____
IV - ANTECEDENTES MATERNOS E PRÉ-NATAL		
23. Informações sobre a mãe: Idade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos		24. Ocupação habitual: _____
25. Escolaridade: () Sem escolaridade () Superior Incompleto		
() Ensino médio () Superior Completo		
() Fundamental I - (1ª a 5º ano) () Ignorado		
() Fundamental II - (6ª a 9ª ano) Série cursada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
26. Nº de filhos tidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		27. Nº de semanas de gestação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. Tipo de gravidez: () única () dupla () Tripla		29. Data do parto anterior a este ___/___/_____
30. Nome da Unidade onde foi realizado o pré-natal: _____		
() Não se aplica, não fez o pré-natal		
31. Tipo de Estabelecimento: () SUS () Convênio () Particular		
32. Idade gestacional na primeira consulta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas		33. Nº de consultas pré-natal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Idade gestacional na última consulta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas		

35. Nº de gestações (inclusive esta) Nº de partos Nº de abortos

36. Tipo de parto nas gestações anteriores: () Vaginal () Vaginal instrumentalizado () Cesáreo

37. Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? () Não () Sim. Quantos? _____
 Idade anos meses dias Causa da morte: _____

38. FATORES DE RISCO/ VULNERABILIDADES NA GESTAÇÃO ATUAL

() Sem vulnerabilidades () Cardiopatia () Sífilis
 () Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) () Neoplasia () Hepatite
 () Hipertensão Arterial pré-existente () Obesidade () Toxoplasmose
 () Diabetes mellitus () Desnutrição () Gemelaridade
 () Infecção urinária () HIV/AIDS () Recém-nato pré termo
 () Infecção puerperal () DST () Trabalho de parto prematuro
 () Hemorragias () Outros. Quais? _____

FATORES DE RISCO/ COMPORTAMENTO

() Uso de Tabaco () Eventual () 1 x semana () Diariamente
 () Uso de Álcool () Eventual () 1 x semana () Diariamente
 () Uso de Outras drogas . Especifique _____
 () Vivendo em situação de rua () Profissional do sexo () Privada de liberdade
 () Imigrante () Refugiada

39. Foi acompanhada em Serviço de Pré-natal de alto risco? () Sim () Não

Nome da Unidade de Pré-Natal de Alto Risco _____

40. Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? () Sim () Não () Sem registro

41. Quais medicamentos usou? _____

42. Tem carteira de Gestante? () Sim () Não () Sem registro

TRANSCRIÇÃO DOS DADOS DA CARTEIRA DE GESTANTE

Data da consulta	Idade gestacional	Peso Kg	Pressão arterial	Altura Uterina	Batimentos cardio-fetais	Movimentos fetais	Presença de edema	Profissional *

* Profissional: 1. Médico Obstetra; 2. Médico generalista; 3. Enfermeiro Obstétrico/Obstetiz; 4. Outro

43. VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL

() Dupla Adulto	<input type="text"/> <input type="text"/>	____/____/____
() Hepatite B	<input type="text"/> <input type="text"/>	____/____/____
() DTpa	<input type="text"/> <input type="text"/>	____/____/____
() H1N1	<input type="text"/> <input type="text"/>	____/____/____
() Outras vacinas. Quais? _____		

44. EXAMES NO PRÉ-NATAL						
EXAMES	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO
Grupo sanguíneo ABO						
Fator RH						
Coombs Indireto						
Hemograma completo						
Eletroforese de Hemoglobina						
Glicemia de jejum						
Urina tipo I						
Urocultura com antibiograma						
Sorologia para Sífilis						
Sorologia para Hepatite B						
Sorologia para Toxoplasmose						
Sorologia anti-HIV						
Cultura específica do streptococo B						
Colpocitologia oncótica						
Bacterioscopia da secreção vaginal						
Protoparasitológico de fezes						
Ultrassom						
STORCH Z						
Outros exames						
Quais os motivos? _____ () Ignorado						
Com quantas semanas de gestação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas						
V - DADOS DO PARTO:						
45. Data do parto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
46 . O parto ocorreu: () Maternidade/Hospital/Serviço de Saúde () No trajeto para o serviço de saúde () Via pública () Domicílio () Ambulância/SAMU/RESGATE () Ignorado () Outros: _____						
47. Tipo de parto () Vaginal () Vaginal instrumentalizado () Cesárea () ignorado						
48. RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: () Médico. Especialidade: _____ () Enfermeiro () Outros _____ () Enfermeiro Obstétrico/Obstetiz () Parteira						
49. Tempo de bolsa rota <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses () Não se aplica () ignorado						
50. Aspecto do líquido amniótico: () límpido () com mecônio () sanguinolento () fétido () sem registro						
51. Nome do Estabelecimento onde ocorreu o parto: _____						
52. Tipo de hospital/maternidade: () SUS () Convênio () Particular						
53. Data da internação: ___/___/____ Hora da internação: _____ hs						

54. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: () Contrações () Sangramento () Perda de líquido
 () Infecção urinária () Óbito fetal () Pós-datismo () Hipertensão
 () Diabetes mellitus () Cesárea eletiva () Não se aplica () Outros : _____

55. Registros na admissão da gestante na maternidade:
 Pressão arterial _____ Dinâmica uterina: () Presente () Ausente
 Nº de Contrações/minuto _____ Dilatação do colo _____ cm
 Apresentação fetal: () Cefálica () Pélvico () Transverso
 Membrana amniótica () Íntegra () Rota Há quanto tempo? _____
 Nº Batimentos cardio-fetais _____ bpm

56. EXAMES COMPLEMENTARES NA ADMISSÃO HOSPITALAR: () ANTI-HIV () VDRL () ABO/Rh

57. FOI UTILIZADO PARTOGRAMA? () Sim () Não () Não se aplica () Ignorado

58. Número de avaliações maternas durante o trabalho de parto:

59. Número de avaliações fetais (BCF) durante o trabalho de parto: () Não se aplica () Sem registro

60. Medicação utilizada: () Ocitocina () Misoprostol () Corticóide. Data de início do uso ___/___/___
 () Antibiótico () Meperidina () Não usou medicação
 () Outra. Especificar: _____

61. INDICAÇÃO DA CESÁREA NO PRONTUÁRIO
 () Não se aplica, o parto foi vaginal () Desproporção céfalo-pélvica
 () Eletiva () Descolamento Prematuro de Placenta
 () Laqueadura () Amniorexe prematura
 () Cesárea anterior. Quantas? _____ () Placenta prévia
 () Distócia funcional () Iminência ou rotura uterina
 () Apresentação anômala () Sofrimento fetal
 () Patologia materna. Qual? _____ () Sem informação
 () Cesárea em morte materna iminente ou pós-mortem () Outras : _____

62. Anestesia durante o trabalho de parto: () Sim () Não () Sem registro
 Se sim, qual? () Geral () Local () Peridural () Raqui () Outros métodos de alívio da dor

V - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO

63. Peso ao nascer: gramas Perímetro cefálico (antes de 24 hs) cm
 Perímetro cefálico (após 24 hs) cm

64. APGAR: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ () Sem registro

65. Quem assistiu a criança ao nascimento? () Médico Obstetra () Enfermeira () Sem registro
 () Médico Residente () Pediatra () Estudante Outro. Especificar: _____

66. Idade gestacional estimada: DUM Pediatra

67. Procedimentos usados na assistência hospitalar ao RN () Não se aplica () Não sabe
 () Aspiração das vias aéreas () Oxigênio com máscara e ambú () Cateterismo umbilical
 () Passagem de sonda nasogástrica () Entubação () Oxigênio inalatório
 () Incubadora () Nutrição parenteral () Oxigênio em capacete
 () Berço aquecido () Dissecção venosa () CPAP
 () Canguru () Antibioticoterapia () Ventilação mecânica
 () Fototerapia () Surfactante () Hemotransusão
 () Medicação venosa () Outro. Especificar: _____ () Exsanguineotransusão
 () Punção venosa central

68. Exames realizados:

<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Hemograma/Hematócrito
<input type="checkbox"/> Raio X de tórax	<input type="checkbox"/> Cultura de sangue
<input type="checkbox"/> Íons	<input type="checkbox"/> Cultura de urina
<input type="checkbox"/> Gases arteriais/Venosos	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Exame de líquido	

69. O recém-nascido foi transferido para outro hospital? Não Sim Data ____/____/____

Se Sim, para qual hospital? _____

Por que foi transferido? _____

70. Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada? Sim Não

VI - ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

71. Se o óbito ocorreu na Maternidade, indique o setor de ocorrência:

Pré-parto Centro Obstétrico Alojamento conjunto Berçário

Berçário de cuidados intermediários UTI Pediátrica Outro. Especificar: _____

72. Estabelecimento em que a criança ficou internada durante a doença que levou à morte

Nome _____ Município _____

73. Tipo de estabelecimento SUS Convênio Particular

74. Data da Internação ____/____/____ Hora: _____

75. Peso da criança na internação gramas

76. A criança foi transferida de outro serviço de saúde/hospital para este? Sim Não

77. O óbito ocorreu quanto tempo após o parto? dias horas meses

78. A CRIANÇA FOI ACOMPANHADA EM SERVIÇO DE SAÚDE? Não Sim. Aonde?

Atenção básica Ambulatório Convênio Consultório particular

Indique o nome do Estabelecimento de Saúde: _____

79. Vacinação da Criança

Tipo de Vacina	Tipo de dose (1ª, 2ª, etc)	Data da última dose
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____

80. FOI REALIZADA NECRÓPSIA : Não Ignorado Sim Resultado: _____

81. CAUSA DO ÓBITO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ORIGINAL:

PARTE I	Linha	Tempo	CID
a.	_____	_____	_____
b.	_____	_____	_____
c.	_____	_____	_____
d.	_____	_____	_____
PARTE II	_____	_____	_____
Causa Básica: _____			

XII - CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO (Uso do Grupo Técnico e do Comitê)			
82. ÓBITO EVITÁVEL :			
() SIM () NÃO () INCONCLUSIVO			
Observações: _____			
83. ASSINALE A CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE PARA ESTE CASO:			
LISTA BRASILEIRA (Malta e Colaboradores) :			
() 1.1 () 1.2.1 () 1.2.2 () 1.2.3 () 1.3 () 1.4 () 2 () 3			
84. CAUSA BÁSICA DO ÓBITO DEFINIDA APÓS INVESTIGAÇÃO : _____			
XIII - RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO (Legenda: 1-Sim 2-Não 3-Inconclusivo)			
85. PROBLEMAS ENCONTRADOS APÓS INVESTIGAÇÃO	Falha no acesso	Falha na assistência	RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO
Planejamento familiar			
Pré-natal			
Assistência ao parto			
Assistência ao RN na maternidade			
Assistência à Criança na UBS			
Assistência à criança na urgência			
Assistência à criança no hospital			
Dificuldades da família			
Causas externas			
Organização do sistema/serviço de saúde			
Cobertura da atenção primária			
Referência e contra-referência			
Pré-natal de alto risco			
Leito de UTI - gestante de alto risco			
Leito de UTI neonatal			
Central de regulação			
Transporte inter-hospitalar			
Bancos de sangue			
Nome do Responsável pela investigação _____	Data da investigação ____/____/____ Carimbo e rubrica		
Nome do Responsável pela análise e conclusão _____	Data da conclusão ____/____/____ Carimbo e rubrica		