

35. EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
TIPO SANGUÍNEO						
HEMOGLOBINA						
VDRL						
URINA I						
CITOLOGIA ONCÓTICA						
GLICEMIA						
HBSAG						
HIV						
OUTROS						

36. VACINAÇÃO ANTITETÂNICA () Nº de doses () Ignorado

V - DADOS DO PARTO OU ABORTO

37. INDUÇÃO/CONDUÇÃO DO PARTO () sim () Não () Ignorado

Motivo: _____ () Ignorado

Drogas usadas : _____ () Ignorado

Dose : _____ () Ignorado

38. A GESTAÇÃO EVOLUIU PARA

() Parto () Aborto () Prenhez ectópica () Óbito materno com feto intra-útero () Ignorado

39. LOCAL DO PARTO OU ABORTO

- () Maternidade/Hospital/Serviço de Saúde () No trajeto para o serviço de saúde () Via pública
 () Domicílio () Ambulância () Não ocorreu
 () Ignorado () Outros: _____

40. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ONDE OCORREU O PARTO OU ABORTO :

Código CNES

41. DATA DA ADMISSÃO NO HOSPITAL ___/___/___ hora : _____

42. DATA DA ALTA ___/___/___

43. MOTIVO DA INTERNAÇÃO

- () Contrações () Sangramento () Perdas de líquido
 () Hipertensão () diabetes () Não se aplica () Outros : _____

44. EXAMES COMPLEMENTARES E DADOS VITAIS NA ADMISSÃO HOSPITALAR

45. DATA DO PARTO/ABORTAMENTO ___/___/___ hora : _____

46. IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO PARTO/ABORTAMENTO SEMANAS

47. FOI REGISTRADA A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO? () sim () Não () Sem informação () Não se aplica

48. TEM PARTOGRAMA? () Sim () Não

49. TIPO DE ABORTAMENTO

- () Não se aplica () Espontâneo () Induzido
 () Razões médicas
 () Outras razões
 Drogas Utilizadas: _____

50. PROCEDIMENTO USADO NO ABORTAMENTO

- () Não se aplica () Micro-cesárea
 () Curetagem clássica () Aspiração
 () Abortamento espontâneo completo () Ignorado

51. COMPLICAÇÕES DO ABORTAMENTO**52. TIPO DE PARTO**

- () Não se aplica () Vaginal pélvico
 () Vaginal cefálico () Cesárea
 () Vácuo-extrator / fórceps () Ignorado

53. INDICAÇÃO DA CESÁREA NO PRONTUÁRIO

- () Cesárea anterior () Por demanda
 () Distócia funcional () Ignorado
 () Sofrimento fetal () Outras: _____
 () Patologia materna. Qual? _____

54. COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO E/OU PERÍODO EXPULSIVO

- () Não se aplica () Trabalho de parto prolongado com atonia uterina () Ignorado
 () Sangramento () Amniorrexe prematura
 () Placenta prévia () Prolapso de cordão
 () Descolamento prematuro da placenta () Outra. Qual? _____
 () Doença Hipertensiva Específica da Gravidez-DHEG
 () Outras intervenções cirúrgicas durante a internação. Quais? _____

55. Precisou de UTI? () sim () Não Conseguiu vaga? () sim () Não Passou por outros hospitais antes da internação?
 Quanto tempo depois? _____ No mesmo Hospital? () sim () Não () sim () Não
 Se não, foi transferido? () sim () Não

56. RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
 () Médico. Especialidade: _____ () Enfermeiro () Outro : _____ () Ignorado

VI. DADOS DE ANESTESIA / ANALGESIA

57. TIPO DE ANESTESIA/ANALGESIA
 () Não se aplica () Peridural () Geral { () com entubação () Raquidiana
 () Loco-regional () Sem entubação () Ignorado

58. OUTROS DADOS SOBRE A ANESTESIA
 Quem realizou? () Anestesta () Obstetra () Clínico Geral () Outro Drogas Usadas _____ Duração: horas
 Complicações anestésicas: _____

VII. DADOS DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE

59. RECEBEU TRANSFUÇÃO DE SANGUE () sim () Não () Ignorado **60. DIFICULDADE PARA OBTENÇÃO DO SANGUE** () sim () Não () Ignorado Especificar: _____

VIII. DADOS DO RECÉM NASCIDO

<p>1º RECÉM NATO () Não se aplica () Natimorto APGAR: <input type="text"/> <input type="text"/> 1º MINUTO () Vivo () Ignorado <input type="text"/> <input type="text"/> 5º MINUTO PESO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>2º RECÉM NATO () Não se aplica () Natimorto APGAR: <input type="text"/> <input type="text"/> 1º MINUTO () Vivo () Ignorado <input type="text"/> <input type="text"/> 5º MINUTO PESO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
---	---

IX. DADOS DO PUERPÉRIO ATÉ 42 DIAS

61. COMPLICAÇÕES
 () Não () Ignorado () Não se aplica () Sim. Quais? { () Infecção () Hemorragia () Depressão pós parto
 () Outras (especificar) _____

X. DADOS DO PUERPÉRIO ENTRE 43º DIA E 1 ANO

62. COMPLICAÇÕES
 () Não () Ignorado () Não se aplica () Sim. Quais? { () Infecção
 () Outras (especificar) _____

XI. DADOS DO ÓBITO

63. DATA _____ **HORA:** _____ **64. LOCAL DE OCORRÊNCIA** () Hospital () Domicílio () Via pública () Ignorado
 () Outro : _____

65. HOSPITAL (nome do hospital) _____ **CNES** _____
 Município: _____ **UF** _____

66. TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL OU SERVIÇO () Não () Ignorado
 () sim **QUAL :** _____ **CNES** _____

67. O ÓBITO OCORREU
 () Durante a gestação () Durante o trabalho de parto () Entre o 43º dia e 1 ano após término da gestação () Ignorado
 () Durante o abortamento () No puerpério até 42 dias () Mais de 1 ano após

68. FOI REALIZADA NECRÓPSIA () sim () Não. Porque? _____ () Ignorado
 Resultado: _____

69. CAUSA DO ÓBITO NO ATESTADO MÉDICO ORIGINAL

PARTE 1

A _____ CID _____

B _____ CID _____

C _____ CID _____

D _____ CID _____

PARTE 2

_____ CID _____

_____ CID _____

XII. CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

70. INDICAÇÃO DA CESÁREA SEGUNDO PARECER DO COMITÊ () Não se aplica	71. CAUSA BÁSICA DO ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO
	CID _____ PARECER CRMM
	CID _____ PARECER CEMM

72. TIPO DE ÓBITO MATERNO: () Obstétrico direto () Obstétrico tardio () Inconclusivo () Obstétrico indireto () Não Obstétrico () Ignorado () Declarado () Não declarado	73- ÓBITO EVITÁVEL: () sim () provavelmente inevitável () não () provavelmente evitável () inconclusivo
--	--

74. ASSINALE A CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE PARA ESTE CASO

Lista brasileira () 1.1 () 1.2 () 1.3 () 1.4 () 1.5 () 2 () 3 () inconclusivo

75. RESUMO DO RELATO DA FAMÍLIA (colocar o nome e grau de parentesco do informante; Perguntar o que a família considera como causa da morte)

76. RESUMO DO HISTÓRICO DO CASO

XIII. RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO **Legenda:** 1 - sim 2- não 3- inconclusivo Data da investigação ____/____/____

77. IDENTIFIQUE OS PROBLEMAS ENCONTRADOS Após a Investigação	Falha no acesso	Falha na assistência	RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO Descreva:
Planejamento familiar			
Pré-natal			
Assistência ao parto			
Assistência na maternidade			
Assistência na UBS			
Assistência na urgência			
Assistência no hospital			
Dificuldades da família			
Causas externas			
Organização do sistema/serviço de saúde			
Cobertura da atenção primária			
Vinculação de Referência e contra-referência			
Pré-natal de alto risco			
Leito de UTI - gestante de alto risco			
Central de regulação			
Transporte inter-hospitalar			
Bancos de sangue			
Responsável pela investigação (nome)	Carimbo e rubrica		

Fonte: Ministério da Saúde, Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Paraná e Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo