

#### Saúde

#### GABINETE DO SECRETÁRIO

#### Resolução SS-74, de 12-9-2017

Dispõe sobre o processo de notificação e investigação dos óbitos maternos, de mulher em idade fértil, infantil e fetal e dá providências correlatas

O Secretário da Saúde, considerando:

- A Portaria GM/MS 1.119, de 05-06-2008, que regulamenta a vigilância dos óbitos maternos, que deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual e municipal e do Distrito Federal;
- A Portaria GM/MS 72, de 11-01-2010, que estabelece a vigilância do óbito infantil e fetal como obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde -SUS e como atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e no Âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;
- A Portaria SVS/MS 116, de 11-02-2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES estabelecida pela portaria GM/MS 841, de 2 de maio de 2012, em atendimento ao Decreto Federal 7.508, de 28-06-2011, que atribui a responsabilidade da notificação de óbitos e a investigação de eventos de interesse à saúde pública, à vigilância em saúde, à atenção primária, à urgência e emergência, à atenção psicossocial e à atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- A Portaria GM/MS 529, de 01-04-2013, alterada pela Portaria GM/MS 941, de 17-05-2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, definindo segurança do paciente como redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, incluindo aí os óbitos;
- A Portaria GM/MS 183, de 30-01-2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, dentre eles a Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com atribuição, dentre outras, de realizar a investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados (artigo 7º, inciso III);
- Portaria GM/MS 204, de 17-02-2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, incluindo os óbitos maternos, infantis e fetais;
- O Decreto Estadual 62.111, de 15-07-2016, que reformula o Sistema de Vigilância Epidemiológica do óbito materno no estado de São Paulo, altera sua denominação e dá providências correlatas;
- A Resolução SS 73, de 26-08-2016, que constitui os Comitês Estadual e Regional de Vigilância do óbito Materno, Infantil e Fetal e dá providências correlatas.
- O Plano Operacional para a Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, constituindo estratégia para a redução da mortalidade materno, infantil e fetal;
- Que a Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo, em atendimento a Lei Federal 6.015, de 31-12-1973, e de preenchimento obrigatório pelo médico de acordo com a Resolução 1.779, publicada em 5 de dezembro de 2005, do Conselho Federal de Medicina;
- Que a identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade materna, infantil e fetal possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências,

Resolve:

Artigo 1º - Fica regulamentada a vigilância dos óbitos maternos, de mulher em idade fértil, infantil e fetal no Estado de São Paulo.

Parágrafo 1º - Para os efeitos desta Resolução, é considerado:

1. Óbito infantil: aquele não fetal, de crianças nascidas vivas, desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias;
2. Óbito fetal: toda a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe,

independente da duração da gestação. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária;

3. Óbito materno: a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até um ano após o término da gestação, independentemente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais;  
Parágrafo 2º – Para fins de investigação são também considerados obrigatórios todos os óbitos de mulheres em idade fértil, considerado o período entre os 10 e 49 anos de idade, independentemente da causa declarada, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, identificar óbitos maternos não declarados, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar sua reincidência.

Artigo 2º - Os Municípios devem investigar, obrigatoriamente, todos os óbitos de mulher em idade fértil, óbitos maternos, infantis e fetais, designando profissionais de saúde para referida ação.

Parágrafo 1º - Os profissionais designados serão responsáveis pelo monitoramento dos óbitos maternos, infantis e fetais do município, pela busca ativa das informações e articulação para finalização, avaliação e consolidação das investigações de sua área de abrangência, junto aos locais de atendimento dos casos, tais como hospitais, pronto-atendimento, atenção básica e outros.

Parágrafo 2º - A designação dos referidos profissionais deve ser atualizada no início de cada ano.

Parágrafo 3º - A investigação de óbitos, segundo a Relação Nacional de Ações dos Serviços de Saúde - RENASES, está sob a responsabilidade da atenção primária, urgência e emergência, vigilância em saúde, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar e não apenas dos profissionais designados no “caput” deste artigo.

Artigo 3º - O instrumento base para notificação dos óbitos e para desencadear o processo de investigação é a Declaração de Óbito – DO, que deve ser preenchida em todos os campos.

Parágrafo 1º - A primeira via (cor branca) da Declaração de Óbito, preenchida por médico dos estabelecimentos de saúde, pelo Serviço de Verificação de Óbitos - SVO, pelo Instituto Médico Legal - IML ou por médico particular, deve ser encaminhada ao setor municipal do Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM, no prazo de 48 horas.

Parágrafo 2º - O setor municipal do Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM deve encaminhar cópia da declaração de óbito à equipe municipal de investigação do óbito, designada no artigo 2º desta Resolução, no prazo de 48 horas.

Artigo 4º - O instrumento que servirá de roteiro para a investigação pode ser o apresentado no ANEXO I ou o contido no “Manual dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil” ou aquele padronizado pelo Município, desde que contenha as informações necessárias para o preenchimento do módulo de investigação do óbito do Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.

Artigo 5º - A responsabilidade de investigação dos óbitos é do município de residência dos casos.

Parágrafo 1º - Quando o serviço em que ocorreu o óbito se localiza fora do município de residência a investigação nos serviços de saúde (hospital, ambulatório, pronto socorro, pronto atendimento), públicos ou privados, será de competência do município de ocorrência.

Parágrafo 2º - A cópia do relatório da investigação, de que trata o § 1º deste artigo, será encaminhada ao município de residência do óbito através dos respectivos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE), conforme fluxo estabelecido na região ou para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à Saúde (CIVS/CCD) quando o município de residência pertencer a outro GVE ou outro Estado.

Parágrafo 3º - Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e/ou Núcleos de Segurança do Paciente e/ou Comissões Hospitalares de óbitos realizarão a investigação no âmbito hospitalar, complementada se necessário pela equipe municipal de vigilância do óbito.

Artigo 6º - Os relatórios de investigação, de que trata o artigo 2º desta Resolução, serão consolidados pelos profissionais do município e encaminhados para o Comitê Municipal de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal para análise e conclusão.

Parágrafo 1º - Deverá ser constituído Grupo Técnico de Vigilância do Óbito - GTVO para assessoramento técnico e científico na análise das investigações dos óbitos maternos, infantis e fetais e para os casos de transmissão vertical do HIV e da Sífilis;

Parágrafo 2º - Na ausência de Comitê Municipal, o GTVO encaminhará relatório das análises para o respectivo Comitê Regional de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal – CRVMMI para conclusão.

Parágrafo 3º - O relatório das análises realizadas pelo Comitê Municipal de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal serão encaminhados mensalmente aos respectivos Comitês Regionais de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal (Anexo II).

Artigo 7º - Após a conclusão da investigação dos casos, uma síntese sobre os trabalhos efetuados, incluindo alterações identificadas das variáveis da DO, será encaminhada ao setor municipal responsável pelo SIM, no prazo

máximo de 120 dias após a data do óbito, para a inserção dos dados no módulo de investigação do SIM (web) e alteração no sistema local das informações que foram modificadas.

Parágrafo 1º - A inserção da data de conclusão no módulo de investigação do SIM deverá ser realizada somente após o encerramento definitivo do caso.

Parágrafo 2º - O setor municipal responsável pelo SIM deve enviar semanalmente à coordenação estadual os lotes de arquivo de transferência contendo estes casos, conforme cronograma estabelecido anualmente por portaria da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD).

Parágrafo 3º - Para a investigação dos casos de transmissão vertical do HIV e de sífilis congênita deverá ser preenchido o “Protocolo de Investigação de transmissão vertical”, para discussão junto aos Comitês.

Artigo 8º - Na impossibilidade de conclusão do caso após a análise municipal, este será encaminhado ao respectivo Comitê Regional de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal, segundo fluxos estabelecidos na região, para análise e parecer, acompanhados de relatório detalhado, cópias do roteiro de investigação e outras documentações complementares que se fizerem necessárias.

Parágrafo 1º - Na hipótese descrita no “caput” deste artigo, deverá constar da ficha síntese, encaminhada ao setor municipal responsável pelo SIM, informação sobre o direcionamento do caso ao referido Comitê Regional, devendo ser destacado que a data de sua conclusão NÃO deve ser inserida, conforme § 1º do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo 2º - Os dados serão finalizados quando houver retorno do parecer final do Comitê Regional de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal.

Artigo 9º - O Comitê Regional de Vigilância de Morte Materna, Infantil e Fetal fará o acompanhamento dos óbitos analisados pelos Comitês Municipais, dos casos investigados de transmissão vertical do HIV e sífilis congênita, bem como as análises complementares dos casos encaminhados e as recomendações ao gestor para adoção das medidas cabíveis com vistas a não recorrência de causas, objetivando, assim, a redução da mortalidade materna, infantil e fetal nas localidades envolvidas.

Artigo 10º - Na hipótese de não conclusão, os casos analisados pelo Comitê Regional de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal, serão encaminhados ao Comitê Estadual de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal com a documentação apontada no artigo 8º desta Resolução.

Parágrafo 1º - Na hipótese descrita no “caput” deste artigo, o setor municipal responsável pelo SIM deverá ser informado para alteração da ficha síntese no que for necessário, destacando que a data de conclusão do caso não deve ser inserida, conforme § 1º, do artigo 8º, desta Resolução.

Parágrafo 2º - Os dados serão finalizados quando houver retorno do parecer final do Comitê Estadual.

Artigo 11º - A notificação, investigação e análises de casos de transmissão vertical do HIV e sífilis congênita, óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos, infantis e fetais tem caráter sigiloso, consonante os princípios éticos dos profissionais envolvidos e com as disposições da Lei Federal 12.527, de 18-11- 2011, que dispõe sobre o acesso à informação.

Artigo 12º - Cabe aos Comitês Municipais, Regionais e Estadual de Vigilância da Morte Materna, Infantil e Fetal a coordenação técnica e o acompanhamento das atividades regionais e municipais de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, infantis e fetais por meio das seguintes ações:

- I. Avaliar a situação e distribuição dos óbitos de mulher em idade fértil, maternos, infantis e fetais e seus componentes;
- II. Monitorar a boa técnica das ações realizadas, bem como a completude das informações apontadas nas declarações de óbito e nascimento da sua área de abrangência, identificando a necessidade de futuros treinamentos e capacitações nas regiões e municípios do Estado;
- III. Elaborar os instrumentos e normas técnicas, complementares a esta Resolução, que se fizerem necessários para a efetivação e o bom andamento da vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil, dos óbitos maternos, infantis e fetais;
- IV. Emitir parecer sobre os casos analisados e encaminhar relatório com a conclusão correspondente ao setor municipal responsável pelo SIM, para a sua finalização nos módulos do sistema (Módulo Investigação e SIM Local);
- V. Formalizar, junto a todos os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS envolvidos, recomendações sobre os casos analisados e a adoção de medidas cabíveis para a redução dos casos de transmissão vertical do HIV, de sífilis congênita, dos óbitos maternos, infantis e fetais no âmbito de sua atuação;
- VI. Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna, infantil e fetal na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;
- VII. Estimular e sensibilizar os profissionais para o registro adequado das estatísticas vitais (declarações de óbitos, nascimentos e outros) que serão utilizados nos sistemas de informação em Saúde para o diagnóstico, planejamento e avaliação das ações;
- VIII. Manter os respectivos Secretários Municipais e de Estado da Saúde informados sobre a situação de mortalidade materna, infantil e fetal e sobre as ações realizadas pelos Comitês de Vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais.

Parágrafo Único - Cabe aos Comitês Municipais, Regionais e Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal a coordenação técnica e o acompanhamento das atividades regionais e municipais de investigação dos casos de transmissão vertical do HIV e Sífilis Congênita.

Artigo 13º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.  
(Republicada por haver saído com incorreções)

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 Materno

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. Endereço _____		6. Bairro _____
7. Município de Residência: _____		8. Código IBGE: _____
9. UF _____		
10. Zona: ( ) Rural ( ) Urbana		11. Estado Civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( ) Divorciada ( ) Ignorado
12. Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Ignorado		
13. Escolaridade: ( ) Sem escolaridade ( ) Fundamental I - (1ª a 5ª ano) ( ) Fundamental II - (6ª a 9ª ano) ( ) Ensino médio ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Ignorado Ano cursado <input type="text"/> <input type="text"/>		
14. Ocupação habitual _____		15. Atendido pelo PACS/PSF ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
16. Nº de pessoas com residência fixa no domicílio <input type="text"/> <input type="text"/>		17. Renda Familiar R\$ _____
II - FONTES DOS DADOS CONSULTADOS (Assinalar mais de um campo, se necessário)		
( ) Prontuário ambulatorial ( ) Entrevista domiciliar ( ) SVO ( ) Prontuário hospitalar ( ) Entrevista com profissionais de saúde ( ) IML ( ) Banco de Dados (SINAN, AIH, ..) ( ) Registros hospitalares		
III - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / FATORES DE RISCO (identificar o número nas caselas)		
18. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/ GESTAÇÕES ANTERIORES <input type="checkbox"/> Nº de gestações <input type="checkbox"/> Nº de partos <input type="checkbox"/> Nº de abortos <input type="checkbox"/> Nº de nascidos vivos <input type="checkbox"/> Nº de partos vaginais <input type="checkbox"/> Nº de partos prematuros <input type="checkbox"/> Nº de nascidos mortos <input type="checkbox"/> Nº de cesáreas		
19. INTERVALO ENTRE ÚLTIMO PARTO/ABORTO E INÍCIO DA GESTAÇÃO ATUAL: ( ) 0 a 2 anos ( ) Mais de 2 anos		
20. COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES ANTERIORES: ( ) Primigesta ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Sim. Especifique nos campos a seguir: ( ) Hemorragias ( ) HIV/AIDS ( ) Sífilis ( ) Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) ( ) Cardiopatia ( ) Hepatite ( ) Hipertensão Arterial pré-existente ( ) Diabetes mellitus ( ) Recém-nato pré termo ( ) Infecção urinária ( ) Neoplasia ( ) Infecção puerperal ( ) Outros _____		
IV - DADOS DO PRÉ-NATAL		
21. PRÉ-NATAL: ( ) Realizado ( ) Ignorado ( ) Não realizado. Por que? _____		
22. D.U.M. __/__/____	23. D.P.P. __/__/____	24. Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL <input type="text"/> <input type="text"/>
25. DATA DA 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL: __/__/____		26. SEMANA DE GESTAÇÃO NA 1ª CONSULTA <input type="text"/> <input type="text"/>

27. DATA DA ÚLTIMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL __/__/__				28.SEMANA DE GESTAÇÃO NA ÚLTIMA CONSULTA □□			
29. NOME DA UNIDADE ONDE FEZ O PRÉ-NATAL _____							
30. TIPO DE ESTABELECIMENTO: ( ) SUS ( ) CONVÊNIO ( ) PARTICULAR ( ) NÃO SE APLICA							
31. 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? _____					
32. 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					
33. FOI ACOMPANHADA EM SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO? ( ) Sim ( ) Não							
34. Nome da Unidade de Pré-Natal de Alto Risco _____							
35. Tem carteira de Gestante? ( ) Sim ( ) Não							
TRANSCRIÇÃO DOS DADOS DA CARTEIRA DE GESTANTE							
Data da consulta	Idade gestacional	Peso	Pressão Arterial	Altura uterina	Batimentos cardíco-fetais	Presença de edema	Intercorrências / Terapêuticas
36. VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL				Nº de doses		Data da última dose	
( ) Dupla Adulto		□□		___/___/___			
( ) Hepatite B		□□		___/___/___			
( ) DTpa		□□		___/___/___			
( ) H1N1		□□		___/___/___			
( ) Outras vacinas. Quais? _____							

37. 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						

**V - DADOS DO PARTO OU ABORTO**

38. A GESTAÇÃO EVOLUIU PARA:  
 Parto                       Aborto                       Prenhez ectópica                       Ignorado  
 Óbito materno com Nascido vivo                       Óbito materno com óbito fetal (intra-útero)

39. LOCAL DO PARTO OU ABORTO  
 Maternidade/Hospital/Serviço de Saúde                       No trajeto para o serviço de saúde                       Via pública  
 Domicílio                       Ambulância/SAMU/RESGATE  
 Ignorado                       Outros: \_\_\_\_\_

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

41. DATA DA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

42. DATA DA ALTA : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

43. MOTIVO DA INTERNAÇÃO:     Contrações                       Sangramento                       Perda de líquido  
 Infecção urinária                       Óbito fetal                       Pós-datismo                       Hipertensão  
 Diabetes mellitus                       Cesárea eletiva                       Não se aplica                       Outros : \_\_\_\_\_

44. DADOS VITAIS NA ADMISSÃO HOSPITALAR:  
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?  horas  dias  meses  
Nº Batimentos cardíaco-fetais \_\_\_\_\_ bpm

45. INTERNAÇÃO POR CAUSAS NÃO OBSTÉTRICAS ( ) SIM Qual o motivo? _____	
46. EXAMES COMPLEMENTARES NA ADMISSÃO HOSPITALAR: ( ) HIV ( ) VDRL ( ) ABO/Rh	
47. DATA DO PARTO/ABORTAMENTO : ___/___/___ HORA : _____	
48. IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO PARTO/ABORTAMENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	
49. TIPO DE ABORTAMENTO: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Intencional <input type="checkbox"/> Induzido por razões legais <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido por razões médicas      Drogas Utilizadas: _____	
50. PROCEDIMENTO USADO NO ABORTAMENTO: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Abortamento espontâneo completo <input type="checkbox"/> Aspiração manual intra-uterina(sucção) <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> Micro-cesárea <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sem informação	
51. INTERCORRÊNCIAS DO ABORTAMENTO ( ) Perfuração ( ) Não se aplica ( ) Não houve <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros _____	
52. FOI REGISTRADA A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado	
53. FOI UTILIZADO PARTOGRAMA? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Ignorado	
54. INTERCORRÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prolongado <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> Placenta prévia <input type="checkbox"/> Prolapso de cordão <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro da placenta <input type="checkbox"/> Corioamnionite <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Eclâmpsia/ Pré eclâmpsia <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Hipertonia	
55. TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Vaginal instrumentalizado <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal cefálico <input type="checkbox"/> Vaginal pélvico <input type="checkbox"/> Ignorado	
56. INDICAÇÃO DA CESÁREA NO PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/> Não se aplica, o parto foi vaginal <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Descolamento Prematuro de Placenta <input type="checkbox"/> Laqueadura <input type="checkbox"/> Amniorexe prematura <input type="checkbox"/> Cesárea anterior. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> Placenta prévia <input type="checkbox"/> Distócia funcional <input type="checkbox"/> Iminência ou rotura uterina <input type="checkbox"/> Apresentação anômala <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal <input type="checkbox"/> Cesárea em morte materna iminente ou pós-morte <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Patologia materna. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outras : _____	
57. INTERCORRÊNCIAS NO PARTO <input type="checkbox"/> Não houve <input type="checkbox"/> Retenção placentária <input type="checkbox"/> Laceração de partes moles <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Atonia uterina <input type="checkbox"/> Ignorado	



58. RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:			
<input type="checkbox"/> Médico. Especialidade: _____		<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outros _____	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Obstétrico/Obstetriz		<input type="checkbox"/> Parteira	
VI - DADOS DE ANESTESIA/ANALGESIA			
59. TIPO DE ANESTESIA :			
<input type="checkbox"/> Não realizada		<input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Loco-regional		<input type="checkbox"/> Raquidiana <input type="checkbox"/> Outros métodos de alívio da dor	
60. OUTROS DADOS SOBRE A ANESTESIA:			
Quem realizou? <input type="checkbox"/> Anestésista <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____			
Drogas Usadas _____ . Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas			
Houve intercorrências? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____			
61. INDUÇÃO/CONDUÇÃO DO PARTO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
INDICAÇÃO _____		<input type="checkbox"/> sem informação	
Drogas usadas : _____		<input type="checkbox"/> sem informação	
Dose : _____		<input type="checkbox"/> sem informação	
VII - DADOS DE TRANSFUSÃO DE SANGUE/HEMODERIVADOS			
62. RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
63. DIFICULDADE PARA OBTENÇÃO DE SANGUE/HEMODERIVADOS: <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sem Informação			
VIII - DADOS DO RECÉM NASCIDO			
1º RN	<input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Antes do parto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Sem informação		
	<input type="checkbox"/> Vivo APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
2º RN	<input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Antes do parto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Sem informação		
	<input type="checkbox"/> Vivo APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
3º RN	<input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Antes do parto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Sem informação		
	<input type="checkbox"/> Vivo APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
IX - DADOS DO PÓS PARTO ( Até 1 ano após o parto )			
64. COMPLICAÇÕES PÓS PARTO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Ignorado			
<input type="checkbox"/> Sim. Quais? <input type="checkbox"/> Doenças hipertensivas <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda			
<input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Embolias <input type="checkbox"/> Outras (especificar) _____			
Quanto tempo após o parto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses			
XI - DADOS DO ÓBITO			
65. IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO ÓBITO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas			
66. LOCAL DE OCORRÊNCIA :			
<input type="checkbox"/> Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Em trânsito <input type="checkbox"/> Ignorado			
<input type="checkbox"/> Outro: _____			
67. Nome da Unidade de Saúde: _____			
Município: _____		UF _____	
68. FOI TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL OU SERVIÇO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
<input type="checkbox"/> Sim. Qual ? _____			
69. O ÓBITO OCORREU :			
<input type="checkbox"/> Durante a gestação com <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas		<input type="checkbox"/> No puerpério até 42 dias <input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Durante o abortamento		<input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após término da gestação	
<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto		<input type="checkbox"/> Mais de 1 ano após	

70. FOI REALIZADA NECRÓPSIA : ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Sim ( ) Resultado: _____			
71. CAUSA DO ÓBITO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ORIGINAL:			
PARTE I	Linha	Tempo	CID
	a. _____	_____	_____
	b. _____	_____	_____
	c. _____	_____	_____
	d. _____	_____	_____
PARTE II	_____	_____	_____
Causa Básica: _____			
<b>XII - CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO (Uso do Grupo Técnico e do Comitê)</b>			
72. TIPO DE ÓBITO MATERNO :			
( ) Obstétrico direto ( ) Obstétrico tardio ( ) Inconclusivo			
( ) Obstétrico indireto ( ) Não obstétrico ( ) Ignorado			
73. ÓBITO EVITÁVEL : ( ) Sim ( ) Não ( ) Inconclusivo			
Observações: _____			
74. 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			
75. CAUSA BÁSICA DO ÓBITO DEFINIDA APÓS INVESTIGAÇÃO : _____			
<b>XIII - RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO ( Legenda: 1-Sim 2-Não 3-Inconclusivo )</b>			
76. 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		

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

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: \_\_\_\_\_

<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>		
1. Nome _____		2. Data de Nascimento ___/___/_____
3. Nome da mãe _____		4. Nº do cartão SUS _____
5. Idade no momento do óbito: <input type="text"/> minutos <input type="text"/> horas <input type="text"/> dias <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos		
6. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Ignorado		Nº da Declaração de Nascido 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		
<b>II - RESIDÊNCIA</b>		
11. Endereço _____		12. Bairro _____
13. Município de Residência: _____	14. Código IBGE: _____	15. UF _____
<b>III - OCORRÊNCIA</b>		
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 _____
<b>IV - ANTECEDENTES MATERNOS E PRÉ-NATAL</b>		
23. Informações sobre a mãe: Idade <input type="text"/> anos		24. Ocupação habitual: _____
25. Escolaridade: ( ) Sem escolaridade ( ) Superior Incompleto ( ) Ensino médio ( ) Superior Completo ( ) Fundamental I - (1ª a 5ª ano) ( ) Ignorado ( ) Fundamental II - (6ª a 9ª ano) Série cursada <input type="text"/>		
26. Nº de filhos tidos <input type="text"/> Perdas fetais/abortos <input type="text"/>	27. Nº de semanas de gestação <input type="text"/>	
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="text"/> semanas		33. Nº de consultas pré-natal <input type="text"/>
34. Idade gestacional na última consulta <input type="text"/> semanas		

35. Nº de gestações (inclusive esta) <input type="text"/> <input type="text"/>		Nº de partos <input type="text"/> <input type="text"/>		Nº de abortos <input type="text"/> <input type="text"/>				
36. Tipo de parto nas gestações anteriores: ( ) Vaginal ( ) Vaginal instrumentalizado ( ) Cesáreo								
37. Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? _____ Idade <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias Causa da morte: _____								
<b>38. FATORES DE RISCO/ VULNERABILIDADES NA GESTAÇÃO ATUAL</b>								
( ) 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? _____						
<b>FATORES DE RISCO/ COMPORTAMENTO</b>								
( ) 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								
<b>TRANSCRIÇÃO DOS DADOS DA CARTEIRA DE GESTANTE</b>								
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								
<b>43. VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL</b>		Nº de doses		Data da última dose				
( ) 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						
<b>V - DADOS DO PARTO:</b>						
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: <input type="text"/> <input type="text"/>		
59. Número de avaliações fetais (BCF) durante o trabalho de parto: <input type="text"/> <input type="text"/> ( ) 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas Perímetro cefálico (antes de 24 hs) <input type="text"/> <input type="text"/> cm Perímetro cefálico (após 24 hs) <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> Pediatra <input type="text"/> <input type="text"/>		
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 ( ) Hemotransfusão ( ) Medicação venosa ( ) Outro. Especificar: _____ ( ) Exsanguineotransfusão ( ) Punção venosa central		

68. Exames realizados: ( ) Nenhum ( ) Hemograma/Hematócrito ( ) Raio X de tórax ( ) Cultura de sangue ( ) Íons ( ) Cultura de urina ( ) Gases arteriais/Venosos ( ) Outro. Especificar: _____ ( ) 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			
<b>VI - ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE</b>			
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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? <input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="text"/> <input type="text"/> 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		

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil



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 de Mulher em Idade Fértil

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. Endereço _____		6. Bairro _____
7. Município de Residência: _____		8. Código IBGE: _____
9. UF _____		
10. Zona: ( ) Rural ( ) Urbana	11. Estado Civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( ) Divorciada ( ) Ignorado	
12. Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Ignorado		
13. Escolaridade: ( ) Sem escolaridade ( ) Fundamental I - (1ª a 5ª ano) ( ) Fundamental II - (6ª a 9ª ano) ( ) Ensino médio ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Ignorado Ano cursado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II - OCORRÊNCIA		
14. Local de Ocorrência do Óbito _____		
15. Nome do Estabelecimento _____		16. Código CNES _____
17. Município de Ocorrência: _____		18. Código IBGE: _____
19. UF _____		
III - IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO		
20. A falecida estava grávida no momento do óbito? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		
21. A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		
22. Resumo do caso: Justificar exclusão do óbito materno		
Data da investigação ____/____/____		Nome do Responsável pela investigação _____
Carimbo e rubrica		

ANEXO II  
Relatório Mensal dos Óbitos Infantis e Fetais

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA DO CEVMMI									
MONITORAMENTO MENSAL DOS ÓBITOS MATERNOS									
DRS: _____					MÊS: _____				
Nº de Municípios na região: _____					Nº de Comitês Municipais existentes: _____				
COMITÊS	Nº de Óbitos Maternos analisados	Não Evitáveis	CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS ANALISADOS PELOS COMITÊS *					Nº de Óbitos analisados com Recomendações Encaminhadas	OBSERVAÇÕES
			1.1 - Reduzíveis por ações de imunoprevenção	1.2 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causa infecciosa	1.3 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	1.4 - Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna	1.5 - Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (facidntais e violências)		
MUNICIPAL									
REGIONAL									
Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil - Malta & Colaboradores									
Ass. Responsável: _____					DATA ____/____/____				

**MONITORAMENTO MENSAL DOS ÓBITOS FETAIS E INFANTIS < 1 ano**

DRS: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_

Nº de Municípios na região: \_\_\_\_\_

Nº de Comitês Municipais existentes: \_\_\_\_\_

COMITÊS	Nº de Óbitos Fetais e Infantis analisados	CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS ANALISADOS PELOS COMITÊS *						OBSERVAÇÕES
		Não Evitáveis	Evitáveis				Nº de Óbitos analisados com Recomendações Encaminhadas	
			1.1 - Reduzíveis por ações de imunoprevenção	1.2 - Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	1.3 - Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	1.4 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde		
MUNICIPAL								
REGIONAL								

Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil - Malta & Colaboradores

Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_