

DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES

1.1 Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo?

Para cada opção marque: 1-SIM; 0-NÃO; 98- RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE

<input type="checkbox"/> 1.1a-Asma	<input type="checkbox"/> 1.1c-Câncer, qual _____	<input type="checkbox"/> 1.1d-Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1.1v-Obesidade
<input type="checkbox"/> 1.1h-Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1.1i-Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> 1.1l-Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> 1.1g-Diabetes
<input type="checkbox"/> 1.1n-HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1.1o-Demência	<input type="checkbox"/> 1.1p-Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> 1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual _____
	<input type="checkbox"/> 1.1q-Doença de Chagas	<input type="checkbox"/> 1.1u-Problema por bebida	

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

2.1	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																												
2.7	O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?	<input type="checkbox"/>	sim, por quantos dias?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias																														
		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																													
2.9	Qual a localização das lesões de pele?	<input type="checkbox"/>	todo o corpo										<input type="checkbox"/>	extremidades										<input type="checkbox"/>	rosto										<input type="checkbox"/>	peito / abdômem									
		<input type="checkbox"/>	outra localização, especifique _____										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																													
2.10	O falecido teve feridas?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.11	As feridas tinham líquido claro ou pus?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.13	O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.14	O pus escorria da úlcera?	<input type="checkbox"/>	sim, por quantos dias?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe														
2.21	Os olhos do falecido ficaram amarelados?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe										
2.25	O falecido teve o rosto inchado?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe										
2.26a	O falecido teve as pernas inchadas?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe										
2.27	O falecido teve o corpo todo inchado?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.29	O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.30	O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.31	O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.43	O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="checkbox"/>	menos de 30 minutos										<input type="checkbox"/>	de 30 minutos a 24 horas										<input type="checkbox"/>	mais de 24 horas										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe							
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.50	Tinha sangue nas fezes?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.51	Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.52	O falecido parou de urinar?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.53	O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.55	Havia sangue no vômito?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.56	O vômito era cor de café?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.57	O falecido teve dificuldade ao engolir?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.58	Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses		<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer										<input type="checkbox"/>	não sabe																							
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input type="checkbox"/>	líquidos										<input type="checkbox"/>	sólidos										<input type="checkbox"/>	ambos										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe							
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?	<input type="checkbox"/>	sim										<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe																		
2.60a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?										<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias		<input type="checkbox"/>	não										<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe														
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses		<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos		<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer										<input type="checkbox"/>	não sabe																							

2.61	O falecido teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe	
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input type="checkbox"/> embaixo na barriga	<input type="checkbox"/> em cima na barriga	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.64	O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.66	Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?	<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.67	O falecido teve uma massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.68a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias ou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe	
2.71a	O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.75	A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?	<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.82	O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.83	Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.84	O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.85	O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.87	Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada?(Leia a lista em sequencia e MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Um braço apenas	<input type="checkbox"/> Parte de cima do corpo	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer
		<input type="checkbox"/> Lado direito (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Uma perna apenas	<input type="checkbox"/> Parte de baixo do corpo	<input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> não sabe
2.88a	O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe	
2.88b	O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
PERGUNTAS PARA AS MULHERES						
3.1	A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.2	A falecida teve ferida (úlceras) na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3a	A falecida menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3	A falecida parou de menstruar devido a menopausa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.4	Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.5	Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.6	Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.7	No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?	<input type="checkbox"/> sim, por quantas semanas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe	
3.9	A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.10	Quando morreu, a falecida estava	<input type="checkbox"/> grávida	<input type="checkbox"/> durante um aborto	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer		
		<input type="checkbox"/> em trabalho de parto	<input type="checkbox"/> até 6 semanas após parto ou aborto	<input type="checkbox"/> não sabe		

TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA

4.1	O falecido era fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.2	Se sim, fumava o que?	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="checkbox"/> Fumo de mascar	<input type="checkbox"/> Forma local de tabaco
		<input type="checkbox"/> Cigarro eletrônico	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____		<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
4.4	Quantos cigarros/outro tipo o falecido fumava por dia?	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.5a	Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.6a	Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
4.6b	Se sim, quantos cigarros/outro tipo fumava por dia nessa época?	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	número por dia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
4.7a	Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim, há quanto tempo?	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	meses ou	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				anos	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe
4.8a	Com que frequência?	<input type="checkbox"/> vezes por _____	(dia, semana, mês ou ano)		<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer <input type="checkbox"/> não sabe

REGISTROS DE SAÚDE

6.1	O falecido procurou atendimento de saúde fora de casa enquanto esteve doente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
6.2	Onde ou de quem buscou atendimento de saúde? (marque todos os que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Líder religioso	<input type="checkbox"/> Médico particular	<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> Parente ou amigo (fora do domicílio)
		<input type="checkbox"/> Curandeiro	<input type="checkbox"/> Homeopata	<input type="checkbox"/> Unidade ou Centro de saúde ou PSF	<input type="checkbox"/> Hospital público
		<input type="checkbox"/> Parteira treinada	<input type="checkbox"/> Hospital privado	<input type="checkbox"/> Farmácia, farmacêutico, loja, mercado	<input type="checkbox"/> Outro tipo de assistência. Especifique: _____
		<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
6.3	Anoto o nome do hospital, ambulatório, centro de saúde ou clínica onde buscou o último atendimento:				
6.4	Você tem algum resultado de exames/atendimento do falecido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
6.5	Se sim, tire uma foto ou anote o resultado do exame/atendimento. _____				
6.6	Anoto as duas datas mais recentes dos atendimentos de saúde:	1. <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	2. <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
6.7	Anoto a data do último exame/atendimento	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
6.7a	Onde o falecido morreu?	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> A caminho do hospital / outro estabelecimento de saúde	
		<input type="checkbox"/> Em casa	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe

Palavras de interesse - assinale apenas as que foram mencionadas durante o relato do respondente

7.1	<input type="checkbox"/> Doença crônica do rim	7.7	<input type="checkbox"/> Falência do fígado	7.14	<input type="checkbox"/> Demência	7.21	<input type="checkbox"/> COVID-19
7.2	<input type="checkbox"/> Diálise	7.8	<input type="checkbox"/> Malária	7.16	<input type="checkbox"/> Dengue	7.22	<input type="checkbox"/> Teste positivo para COVID-19
7.3	<input type="checkbox"/> Febre	7.9	<input type="checkbox"/> Pneumonia	7.17	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	7.23	<input type="checkbox"/> Teste negativo para COVID-19
7.4	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IAM)	7.10	<input type="checkbox"/> Falência renal (rím)	7.18	<input type="checkbox"/> Doença mental	7.24	<input type="checkbox"/> Respirador
7.5	<input type="checkbox"/> Problemas do coração	7.12	<input type="checkbox"/> Infecção de urina	7.19	<input type="checkbox"/> UTI		
7.6	<input type="checkbox"/> Icterícia	7.13	<input type="checkbox"/> Doença de Chagas	7.20	<input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar		

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

7.21	Data do final da entrevista <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Hora do final da entrevista <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>