



I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do óbito Morte natural Causa Externa

Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome do Hospital / PS: _____ CNES: ____/____/____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito Fetal (natimorto) Não fetal

Nº Registro (Hospital/PS): ____/____/____ RG: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Escolaridade (nível/última série concluída)

Sem escolaridade Médio (antigo 2º grau)

Fundamental I (1ª a 4ª Série) Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior completo

Ignorado Série

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Filiação: Mãe: _____

Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: ____/____/____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

a morte ocorreu

Na gravidez No parto No aborto Até 42 dias após o parto De 43 dias a 1 ano após o parto Não ocorreu nestes períodos Ignorado

IV PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO – INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

Idade: _____ Escolaridade:

Sem escolaridade Médio (antigo 2º grau)

Fundamental I (1ª a 4ª Série) Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior completo

Ignorado Série

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos		Nº semanas de gestação	Tipo de Gravidez		Tipo de Parto		Morte em Relação ao Parto			
Nascidos Vivos	Perdas fetais Abortos		Única	Dupla	Vaginal	Cesáreo	Antes	Durante	Depois	Ignorado
____/____	____/____	____/____	<input type="checkbox"/> Tripla e mais	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	Peso ao Nascer _____ Gramas		Número da Declaração Nascido Vivo _____		

V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNA

Tipo Acidente Suicídio (autoagressão) Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada Intervenção Legal

Acidentes

Acidente de trânsito (informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículos envolvidos no acidente: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento Fogo/incêndio Intoxicação Choque elétrico Outro: _____

Suicídio Intoxic./Enven. _____

Enforcamento Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Agressão por terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Outros meios: _____ Ignorado

Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Acidente de trabalho Sim Não Ignorado

VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

Condição do paciente/falecido Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internação: ____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____

Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____

VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS

Clínico ou Cirúrgico: _____

Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): Não Sim Tipo: _____

Causa(s) possível do Óbito: _____

VIII

Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura