



Ficha de Investigação de Óbito Materno
Serviço de Saúde Hospitalar

Nº da D.O. _____

I - IDENTIFICAÇÃO		
1.Nome	2.Data de Nascimento	
3.Endereço	4.Bairro	
5.Município de Residência	6. Código IBGE	7.UF
II - FONTES DOS DADOS CONSULTADOS		
<input type="checkbox"/> Prontuário ambulatorial	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar	<input type="checkbox"/> SVO
<input type="checkbox"/> Prontuário hospitalar	<input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Autópsia verbal
<input type="checkbox"/> Banco de Dados (AIH, ..)		<input type="checkbox"/> IML
III - DADOS DO ÓBITO		
8.DATA:	9.HORAS :	
10.HOSPITAL (nome)	11.CNES	
12.Município de Ocorrência do Óbito:	13. Código IBGE	14.UF
15.O ÓBITO OCORREU :		
<input type="checkbox"/> Durante a gestação	<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após término da gestação
<input type="checkbox"/> Durante o abortamento	<input type="checkbox"/> No puerpério até 42 dias	<input type="checkbox"/> Mais de 1 ano após o parto
<input type="checkbox"/> Após o abortamento	<input type="checkbox"/> Nenhuma das circunstâncias acima	<input type="checkbox"/> Ignorado
16.MOTIVO DA INTERNAÇÃO (cópia ou resumo do motivo da internação)		
17.Hipótese diagnóstica registrada no prontuário - registrar os principais exames e procedimentos realizados		
18.Evolução e Tratamento médico		
19.Anotações de enfermagem		
20.Anotações do Anestesista		
21.Causas da morte registrada no prontuário		
IV - DADOS DO PARTO OU ABORTO		
22.INDUÇÃO/CONDUÇÃO DO PARTO:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Motivo: _____		<input type="checkbox"/> Ignorado
Drogas usadas : _____		<input type="checkbox"/> Ignorado
Dose : _____		<input type="checkbox"/> Ignorado

23. A GESTAÇÃO EVOLUIU PARA: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito materno com feto intra-útero <input type="checkbox"/> Prenhez ectópica		24. IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO ÓBITO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> semanas
25. MOTIVO DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> Contrações <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Perdas de líquido <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outros _____		
26. TIPO DE ABORTAMENTO: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/> Razões médicas Drogas Utilizadas: _____ <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Outras razões		
27. PROCEDIMENTO USADO NO ABORTAMENTO: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Abortamento espontâneo completo <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Curetagem clássica <input type="checkbox"/> Micro-cesárea <input type="checkbox"/> Ignorado		
28. TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Vaginal pélvico <input type="checkbox"/> Vaginal cefálico <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vácuo-extrator / fórceps <input type="checkbox"/> Ignorado		29. INDICAÇÃO DA CESÁREA NO PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/> Cesárea anterior <input type="checkbox"/> Por demanda <input type="checkbox"/> Distócia funcional <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal <input type="checkbox"/> Outras : _____ <input type="checkbox"/> Patologia materna. Qual? _____
30. COMPLICAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO E/OU PERÍODO EXPULSIVO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prolongado com atonia uterina <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"/> Outra. Qual? ____ <input type="checkbox"/> Doença Hipertensiva Específica da Gravidez-DHEG <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outras intervenções cirúrgicas durante a internação. Quais? _____		
31. Precisou de UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Conseguiu vaga no mesmo Hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto tempo depois? _____ Foi transferido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Passou por outros hospitais antes da Internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
32. RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: <input type="checkbox"/> Médico. Especialidade: _____ <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro : _____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
V - DADOS DE ANESTESIA / ANALGESIA		
33. TIPO DE ANESTESIA/ANALGESIA : <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Com entubação <input type="checkbox"/> Raquidiana <input type="checkbox"/> Loco-regional <input type="checkbox"/> Sem entubação <input type="checkbox"/> Ignorado		
34. OUTROS DADOS SOBRE A ANESTESIA: Quem realizou? <input type="checkbox"/> Anestesta <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro Complicações anestésicas: ____ Drogas Usadas : _____ Duração: Horas _____		
VI - DADOS DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE		
35. RECEBEU TRANSFUÇÃO DE SANGUE : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 36. Dificuldade para obtenção do sangue <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Especificar: _____		
VII - DADOS DO RECÉM NASCIDO		
1º RECÉM NATO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> 1º min <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 5º min PESO: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		2º RECÉM NATO <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> 1º min <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 5º min PESO: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
37. FOI REALIZADA NECRÓPSIA : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Porque? __ <input type="checkbox"/> Ignorado RESULTADO : _____		
Data da investigação: _____		Nome do Responsável pela Investigação _____