



--	--	--	--	--

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)
	Nº
	Compl
Bairro	Distrito/Povoado
	Local
	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência
	UF
6	Tipo de seguro saúde
INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE	
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.	
7	Estabelecimento onde ocorreu a internação
	Nome
	Código CNES
8	Tipo de hospital/maternidade
	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular
9	Data da internação
	Hora da internação
	SR
10	Procedência
	<input type="checkbox"/> domicílio no mesmo município <input type="checkbox"/> encaminhada de outro hospital no mesmo município <input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> domicílio em outro município <input type="checkbox"/> encaminhada de hospital em outro município
	<input type="checkbox"/> transferida de outro hospital no mesmo município <input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
	<input type="checkbox"/> transferida de hospital em outro município <input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
11	Motivo da internação – Copie ou faça um resumo do motivo da internação
12	Hipótese diagnóstica registrada no prontuário
Registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utilize o verso da folha.	
13	Evolução e tratamento médico
14	Anotações de enfermagem
15	Anotações do anestesista
16	Causa(s) da morte registradas no prontuário
ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO	
17	Data da última menstruação
	SR



30.2	Intercorrências no trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sem intercorrências	<input type="checkbox"/> TP prolongado	<input type="checkbox"/> sofrimento fetal
		<input type="checkbox"/> eclâmpsia	<input type="checkbox"/> obstrução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> corioamnionite
		<input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> hipertonia	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
30.3	Intercorrências no parto	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> laceração de partes moles	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> retenção placentário	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto ou aborto ocorridos em hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 55.				
31	Estabelecimento onde ocorreu o parto	Nome _____ Código CNES: _____		
32	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
33	Data da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
34	Condição à internação:	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____		<input type="checkbox"/> SR
35	Registros à admissão da gestante na maternidade:			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Rota		<input type="checkbox"/> SR
36	Foram realizados na admissão:	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> SR
37	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> SR
38	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
39	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
40	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
41	Medicação utilizada:	<input type="checkbox"/> Ocitocina <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Meperidina <input type="checkbox"/> Não usou medicação <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR		
42	Se foi realizada cesárea, qual a indicação:	<input type="checkbox"/> Iterativa <input type="checkbox"/> SR		
	<input type="checkbox"/> não se aplica, o parto foi vaginal <input type="checkbox"/> duas ou mais cesáreas anteriores <input type="checkbox"/> Prematuridade			
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> morte materna iminente ou post mortem <input type="checkbox"/> Falha de indução do parto			
	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo <input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia			
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrânio <input type="checkbox"/> distocia funcional <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta/feto vivo			
	<input type="checkbox"/> prolapso de cordão <input type="checkbox"/> Apresentação anômala <input type="checkbox"/> iminência e/ou ruptura uterina			
	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			
43	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
43.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui	<input type="checkbox"/> SR	
43.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	

43.3	Quem realizou a anestesia?	<input type="checkbox"/> anestesista	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR
43.4	Complicações da anestesia?	<input type="checkbox"/> sim, qual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?	<input type="checkbox"/> não foi necessário	<input type="checkbox"/> ligadura de artérias hipogástricas	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> histerectomia	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	<input type="checkbox"/> sim, recebeu	<input type="checkbox"/> sim, mas não recebeu	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
45.1	De que natureza?	<input type="checkbox"/> para de hemácias	<input type="checkbox"/> crioprecipitado	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> congelado de plaquetas	<input type="checkbox"/> outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bolsas		<input type="checkbox"/> SR
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> placenta acreta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
			<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós termino da gestação.	<input type="checkbox"/> depressão puerperal	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
			<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	<input type="checkbox"/> sim, foi encaminhada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi encaminhada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?			<input type="checkbox"/> SR
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> bom estado geral	<input type="checkbox"/> transferência para	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necrópsia?	<input type="checkbox"/> sim, foi realizada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi realizada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO</b>				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	<input type="checkbox"/> 1º minuto	<input type="checkbox"/> 5º minuto	<input type="checkbox"/> não se aplica, nasceu morto <input type="checkbox"/> SR
56	Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas		<input type="checkbox"/> SR
57	Observações gerais			
58	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
59	Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica		