

ANEXO 3

Ficha de Investigação de Óbito

Autópsia Verbal

Pessoa com 10 anos ou mais

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------|---|--------------------------|-------------------|-------|
| 1 | Nome do(a) falecido(a) | | | | | | | |
| 2 | Nome da mãe | | | | | | | |
| 3 | Data de nascimento | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 4 | Data do óbito | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 5 | Idade | <input type="text"/> <input type="text"/> anos completos | 6 | Sexo | <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem | | | |
| 7 | A Declaração de Óbito (DO) foi emitida? | | <input type="checkbox"/> sim | Nº DO | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 8 | Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)? | | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 9 | Local do sepultamento | | | | | | | |
| LOCAL DA ENTREVISTA | | | | | | | | |
| 10 | Logradouro (Rua, Praça, Av, etc) | | Nº | Compl | | | | |
| Bairro | | Distrito / Povoado | | Telefone | | | | |
| Município | | UF | <input type="text"/> <input type="text"/> | Local | <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural | | | |
| Ponto de Referência | | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A) | | | | | | | | |
| 11 | Nome do(a) entrevistado(a) | | | | | | | |
| 12 | Qual sua relação com o(a) falecido(a) | | <input type="checkbox"/> mãe | <input type="checkbox"/> pai | <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro | | | |
| DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES | | | | | | | | |
| 13 | Doenças e condições antecedentes | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Desnutrição | <input type="checkbox"/> | Pressão alta | <input type="checkbox"/> | Cirurgia qual? | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tuberculose | <input type="checkbox"/> | Obesidade | <input type="checkbox"/> | Infarto do miocárdio | <input type="checkbox"/> | D. Pulmonar qual? | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência mental | <input type="checkbox"/> | HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral (AVC) | <input type="checkbox"/> | Cancer qual? | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Cadeirante | <input type="checkbox"/> | Febre reumática | <input type="checkbox"/> | Outra doença | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Depressão | <input type="checkbox"/> | Acamado crônico | <input type="checkbox"/> | Internado por transtorno mental | | | |
| 13.1 | Medicação de uso contínuo | | | | | | | |

| FATORES DE RISCO | | | | | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------------------|
| 1.4 | Tomava bebida alcoólica? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | não sabe | <input type="checkbox"/> | |
| 1.4.1 | Há quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | anos | <input type="checkbox"/> | não sabe | <input type="checkbox"/> | |
| 1.4.2 | Com que frequência? | <input type="checkbox"/> | vezes por | <input type="checkbox"/> | (dia, semana, mês ou ano) | <input type="checkbox"/> | não sabe | <input type="checkbox"/> | |
| 1.5 | Fumava? | <input type="checkbox"/> | sim, | <input type="checkbox"/> | cigarros | <input type="checkbox"/> | charutos | <input type="checkbox"/> | cachimbas por |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | (dia, semana, mês ou ano) |
| 1.5.1 | Há quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | anos | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 1.6 | Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)? | <input type="checkbox"/> | sim, | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | ex-usuário | <input type="checkbox"/> | não |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |

| SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| 17 | Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? | <input type="checkbox"/> | horas | <input type="checkbox"/> | dias | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | anos |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 18 | O falecido teve febre? | <input type="checkbox"/> | sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | dias | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | não |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 19 | O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)? | <input type="checkbox"/> | sim, por quantos dias? | <input type="checkbox"/> | dias | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 19.1 | 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/Abdomen |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | Outra localização, especifique | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 20 | O falecido teve feridas? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 20.1 | 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 |
| 22 | 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 |
| 22.1 | O pus escorria da úlcera? | <input type="checkbox"/> | sim, por quantos dias ? | <input type="checkbox"/> | dias | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 23 | Os olhos do falecido ficaram amarelados? | <input type="checkbox"/> | sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | dias ou | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | não |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 24 | O falecido teve o rosto inchado ? | <input type="checkbox"/> | sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | dias ou | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | não |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 25 | O falecido teve as pernas inchadas ? | <input type="checkbox"/> | sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | dias ou | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | não |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |
| 28 | 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 |
| 29 | 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 |
| 30 | Teve tosse? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 30.1 | Por quanto tempo teve tosse ? | <input type="checkbox"/> | dias ou | <input type="checkbox"/> | meses | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 30.2 | A tosse tinha catarro ? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 30.3 | A tosse tinha sangue ? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 31 | O falecido teve dificuldades para respirar, falta de ar ? | <input type="checkbox"/> | sim | <input type="checkbox"/> | não | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |
| 31.1 | A dificuldade para respirar era contínua ou ia e vinha ? | <input type="checkbox"/> | contínua | <input type="checkbox"/> | ia e vinha | <input type="checkbox"/> | recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> | não sabe |

| | | | | | | | | |
|------|--|--|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 32 | O falecido teve dor no peito no mês anterior a sua morte ? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 32.1 | 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 | | |
| 33 | 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 | | | |
| 34 | Tinha sangue nas fezes ? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 34.1 | 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 | | | |
| 35 | 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 | | | |
| 36 | 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 | | | |
| 37.1 | Havia sangue no vômito ? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 37.2 | 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 | | | |
| 38 | O falecido teve dificuldade de engolir ? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 38.1 | Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir ? | <input type="checkbox"/> dias | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 38.2 | A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos? | <input type="checkbox"/> sólidos | <input type="checkbox"/> líquidos | <input type="checkbox"/> ambos | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 39 | 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 | | | |
| 40 | O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva ? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo ? | <input type="checkbox"/> dias | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> anos | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 41 | 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 | | | |
| 41.1 | Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga ? | <input type="checkbox"/> horas | <input type="checkbox"/> dias | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 41.2 | 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 | | | |
| 42 | 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 | | | |
| 42.1 | 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 | | | |
| 43 | 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 | | | |
| 43.1 | Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga? | <input type="checkbox"/> dias ou | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 44 | O falecido tinha fígado aumentado ? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo ? | <input type="checkbox"/> dias ou | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 45 | 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 | | | |
| 46 | O falecido teve fortes dores musculares ou nas articulações 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 | | | |
| 47 | 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 | | | |
| 47.1 | Por quanto tempo antes do óbito teve o pescoço endurecido ? | <input type="checkbox"/> dias ou | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 48 | 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 | | | |
| 48.1 | 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 | | | |
| 48.2 | 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 | | | |

| | | | | | |
|------|---|--|--|---|---|
| 49 | 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 |
| 49.1 | Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões ? | <input type="checkbox"/> minutos ou | <input type="checkbox"/> horas | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 49.2 | 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 |
| 50 | 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 |
| 51 | Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada ? (Leia a lista em sequência 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 |
| 52 | O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes ? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo ? | <input type="checkbox"/> meses | <input type="checkbox"/> anos | <input type="checkbox"/> não |
| | | <input type="checkbox"/> recusou-se a dizer | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 53 | 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 |

PERGUNTAR EM RELAÇÃO A TODAS AS MULHERES

| | | | | |
|------|--|---|---|--|
| 54 | Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 54.1 | Que tipo de alteração? | <input type="checkbox"/> ferida | <input type="checkbox"/> caroço/nódulo | <input type="checkbox"/> inchaço |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 55 | Teve corrimento vaginal em grande quantidade? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 55.1 | Como era esse corrimento? | <input type="checkbox"/> com mau cheiro | <input type="checkbox"/> amarelado | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | | <input type="checkbox"/> esverdeado | <input type="checkbox"/> sanguinolento | |
| 56 | A mulher menstruava? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 56.1 | Sangrava muito durante o período menstrual? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 56.2 | Sangrava entre os períodos menstruais? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 57 | Tinha as trompas ligadas (laqueadura)? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 58 | Quantas vezes esteve grávida? | <input type="checkbox"/> vezes | <input type="checkbox"/> nenhuma | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 58.1 | Quantas gravidezes resultaram em: (número de) | <input type="checkbox"/> abortos | <input type="checkbox"/> nascidos vivos | <input type="checkbox"/> nascidos mortos |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 58.2 | Qual a data do último parto/aborto? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> não sabe |

REGISTROS DE SAÚDE

59 O falecido procurou atendimento de saúde fora de casa enquanto esteve doente? sim não recusou-se a dizer não sabe

59.1 Onde ou de quem buscou atendimento de saúde (marque todos os que se aplicam):

Agente Comunitário de Saúde Parente ou amigo (fora do domicílio) Líder religioso Médico particular Hospital privado

Unidade ou Centro de Saúde ou PSF Hospital público Curandeiro Homeopata recusou-se a dizer

Farmácia, farmacêutico, loja mercado Outro tipo de assistência. Especifique: _____ Parteira treinada não sabe

60 Anote o nome do hospital, ambulatório, centro de saúde ou clínica onde buscou o último atendimento:

61 Você tem algum resultado de exames/atendimento do falecido ? sim não recusou-se a dizer não sabe

61.1 Se sim, tire uma foto ou anote o resultado do exame/atendimento:

62 Anote as duas datas mais recentes dos atendimentos de saúde: 1. ___/___/___ 2. ___/___/___ recusou-se a dizer não sabe

63 Anote a data do último exame/atendimento: ___/___/___ recusou-se a dizer não sabe

64 Onde o falecido morreu?

Hospital Outro estabelecimento de saúde A caminho do Hospital / outro estabelecimento de saúde

Em casa Outro. Especifique: _____ recusou-se a dizer não sabe

65 A declaração de óbito (DO) ou certidão de óbito foi emitida ? sim não recusou-se a dizer não sabe

66 A entrevista foi interrompida durante as questões fechadas ? sim não Por quanto tempo ? ___ minutos

67 Hora do término do preenchimento das questões fechadas --> Hora: ___:___

RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) (sobre a doença do falecido e procura de atendimento)

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

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doença crônica do rim | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Suicídio | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Diálise | <input type="checkbox"/> Falência do fígado | <input type="checkbox"/> Infecção de urina | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Malária | <input type="checkbox"/> Doença de chagas | <input type="checkbox"/> Doença mental |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IAM) | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Demência | <input type="checkbox"/> Barbeiro |
| <input type="checkbox"/> Problemas do coração | <input type="checkbox"/> Falência renal (rim) | <input type="checkbox"/> Problemas de cabeça por causa do alcoolismo | |

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA

CID-10

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------|--------------------------------|
| Parte I | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte | a | |
| | Causas antecedentes | b | Devido ou como consequência de |
| | Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica | c | Devido ou como consequência de |
| | | d | Devido ou como consequência de |
| Parte II | Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima | | |
| Data da entrevista | | Data final da análise | |
| _____ _____ _____ | | _____ _____ _____ | |