



Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA				
1	Nome da Falecida			
2	Nº da Declaração de Óbito	2	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			
7	Centro de Saúde	PSF/PACS	<input type="checkbox"/> sem cobertura	
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL				
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.				
8	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal			
	Nome	Código CNES		
9	Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde /SUS	<input type="checkbox"/> Consultório convênio	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal
10	Idade gestacional na primeira consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> SR
11	Idade gestacional na última consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> SR
12	Número de consultas pré-natal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> SR	
13	A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
14	Já esteve grávida antes deste bebê?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
14.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de partos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SR
14.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos com fórceps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR
15	Foi considerada gestante de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.2	Com quantas semanas?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas <input type="checkbox"/> SR
15.3	Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.4	Onde?			<input type="checkbox"/> SR
16	Foi internada durante a gestação?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
16.1	Quantas vezes?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> SR
16.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> SR
16.3	Com quantas semanas de gestação?			1ª internação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2ª internação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SR
17	Houve alguma emergência obstétrica?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
17.1	Qual o transporte utilizado?			<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outro, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR

18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:

<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids
<input type="checkbox"/> Cardiopatas	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional
<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Tireoideopatas
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)		<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		19 <input type="checkbox"/> SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? Sim Não SR

19.1 Quais medicamentos usou?

20 Quadro da Assistência Pré-Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento cardíaco fetal (bpm)	Útero fita (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*

*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante? Sim Não SR

20.2 Faltou a alguma consulta de pré-natal? Sim Não SR

20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa? Sim Não SR

21 Esquema de vacinação contra o tétano 1ª dose 2ª dose 3ª dose reforço imune SR

22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer? Sim Não SR

23 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar? Sim Não SR

23.1 Se sim, qual o motivo?

24 Exames no pré-natal

Assinale o trimestre e anote o resultado	Trimestre			Resultados	SR
	1	2	3		
24.1 Hb/Ht					
24.2 Grupo sanguíneo ABO					
24.3 Fator RH					
24.4 Coombs indireto					
24.5 Glicemia de jejum					
24.6 Toxoplasmose – IgM					
24.7 Curva de tolerância à glicose					
24.8 Urina rotina					
24.9 Urocultura					
24.10 HbsAg					
24.11 Teste HIV					
24.12 VDRL					
24.13 Ultrassom					
24.14 Outros Exames					

25 Observações									
26 Responsável pela investigação									
Nome:					Profissão:				
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA									
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante									
27 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito									
Atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*	
Serviço de urgência/emergência									
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro									
28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?							<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
28.1 Por qual motivo?									
29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hiperdia, outros?)							<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
29.1 Especificar qual o programa									
30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver									
31 Observações gerais									
32 Data do encerramento da coleta de dados				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
33 Responsável pela investigação									
Nome					Carimbo e rubrica				