



Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA						
1	Nome da Falecida					
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)			Nº	Compl.	
Bairro	Distrito/Povoado			Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural	
Município de residência da família					UF	
5	Nº do Cartão SUS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		6	Equipe/PACS/PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura	
7	Centro de Saúde/UBS	8	Distrito Sanitário/Administrativo			
9	Município de ocorrência do óbito					UF
Resumo do caso						
10	Fontes dos dados consultados	<input type="checkbox"/> Prontuário ambulatorial	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> IML	
		<input type="checkbox"/> Prontuário hospitalar	<input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Autópsia verbal		
11	Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)	<input type="text"/> <input type="text"/>		vezes	<input type="checkbox"/> Ign	
12	Resultado das gestações anteriores	<input type="checkbox"/> abortos/perdas fetais	<input type="checkbox"/> partos vaginais (NV)	<input type="checkbox"/> partos cesáreos (NV)	<input type="checkbox"/> Ign	
13	Data da última menstruação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Ign	
14	Estabelecimento(s) de saúde onde fêz o pré-natal	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fêz pré-natal				
Nome _____ Código CNES _____						
Nome _____ Código CNES _____						
Nome _____ Código CNES _____						
14.1	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fêz pré-natal <input type="checkbox"/> Ign	
15	Número de consultas no pré-natal	<input type="text"/> <input type="text"/> consultas			<input type="checkbox"/> Ign	
16	Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal	<input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> meses			<input type="checkbox"/> Ign	
17	Idade gestacional na última consulta do pré-natal	<input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> meses			<input type="checkbox"/> Ign	
18	Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?	<input type="checkbox"/> Sim, qual?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Não se aplica				
Nome _____ Código CNES _____						
20	Foi cadastrada no SISPRENATAL?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica				
21	Local do parto ou aborto:	<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Ign	
		<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde. Qual?			
22	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto	<input type="checkbox"/> Não se aplica				
Nome _____ Código CNES _____						
22.1	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Ign	
23	Idade Gestacional no momento do parto ou aborto	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses		<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Ign	

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após						
<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes							
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano)	<input type="checkbox"/> ignorado			
		<input type="checkbox"/> declarado	<input type="checkbox"/> inconclusivo				
		<input type="checkbox"/> não declarado	<input type="checkbox"/> não obstétrico				
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso		Falha na assistência			
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3	
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3	
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
						2	2	3	
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3	
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3	
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3	
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3	
47.5	Central de regulação					2	2	3	
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3	
47.7	Bancos de sangue					2	2	3	
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> provavelmente evitável	<input type="checkbox"/> provavelmente inevitável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo				
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso								
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Inconclusivo
49	Recomendações e medidas de prevenção								
49.1	Planejamento familiar								
49.2	Pré-natal								
49.3	Assistência ao parto								
49.4	Assistência na maternidade								
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS								
49.6	Assistência na urgência/emergência								
49.7	Assistência no hospital								
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde								
49.9	Outras								
50	Encaminhamentos								
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não						
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não						
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?								
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda							
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê							
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
56	Responsável	Carimbo e rubrica							