



\_\_\_\_\_

## Ficha de Investigação do Óbito Fetal

### Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da mãe			
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito	_____
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado
5	Peso ao Nascer	_____	gramas	_____
6	Idade gestacional	_____	semanas ou	_____ meses
7	Número do Cartão Sus da mãe	_____		
8	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação	Nome _____ Código CNES _____		
9	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
ASSISTÊNCIA AO PARTO				
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)			
	Data do parto	_____	Hora do parto	_____ SR
11	O parto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	Outro serviço de saúde. Especificar _____	
12	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea
13	Profissional que fez o parto	<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetriz
		<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ SR	
14	Tempo de bolsa rotta	_____	horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica
14.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com meconíio	<input type="checkbox"/> Sanguinolento
		<input type="checkbox"/> Fétido	<input type="checkbox"/> SR	
15	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Eclâmpsia
	<input type="checkbox"/> Sem intercorrências	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Hemorragia	
16	Idade gestacional cronológica	_____	semanas ou	_____ meses
		<input type="checkbox"/> ignorada	<input type="checkbox"/> SR	
17	Esteve grávida antes desta gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
17.1	Número de gestações (inclusive esta)	_____	Número de partos	_____ Número de abortos
17.2	Tipo(s) de parto(s)	_____	partos normais	_____ partos cesáreos
17.3	Filhos nascidos vivos	_____	Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação)	_____
18	Data do último parto	_____	<input type="checkbox"/> SR	
19	Patologias/fatores de risco durante a gravidez	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		
		<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	
		<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite	
		<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia	
		<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola	
		<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> SR	
		<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> SR	
		<input type="checkbox"/> Tireotoxicose	<input type="checkbox"/> SR	
20	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
20.1	Quais medicamentos usou?			
As questões seguintes devem ser aplicadas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 34.				
21	Qual o nome do estabelecimento	Nome _____ Código CNES _____		

22	Tipo de maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular		
23	Data da internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data da internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SR	
24	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	
25	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 cardiotetais:	<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"/> Integra	<input type="checkbox"/> Rota		<input type="checkbox"/> SR	
26	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	
27	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	
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
29	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação					
	Avaliação da mãe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR		
	Avaliação do feto - BCF	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR		
31	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação		
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR	
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação					
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade			
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo			
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa			
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia				
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR		
33	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SR	
33.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui	<input type="checkbox"/> SR
33.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> SR
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO						
34	Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas			<input type="checkbox"/> SR	
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente		<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SR	
37	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto			
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento			
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (maceração, mal formação, etc.)					
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto					
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SR	
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver					
40	Observações gerais					
41	Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso?					
42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
43	Responsável pela investigação	Nome _____		Carimbo e rubrica _____		