



Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da Criança						
2	Nome da mãe						
3	Nº da Declaração de Óbito		4 Data do óbito				
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo		6 Data de nascimento				
7	Sexo	Masculino	Feminino				
		Ignorado	8 Peso ao Nascer				
9	Idade ao óbito	meses	dias	horas	minutos	Ignorado	
10	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação						
	Nome _____			Código CNES _____			
11	Tipo de hospital/maternidade						
	SUS	Convênio	Particular				
ASSISTÊNCIA AO PARTO							
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)							
12	Data do parto/nascimento	_____	Hora do parto/nascimento	_____	SR		
13	O parto ocorreu	No domicílio	Na maternidade	Via pública	SR		
		No trajeto para o serviço de saúde	Outro serviço de saúde. Especificar				
14	Tipo de parto	Vaginal	Fórceps	Cesárea	SR		
15	Profissional que fez o parto	Médico obstetra	Médico não obstetra				
		Enfermeira/ Obstetriz	Sem assistência no período expulsivo				
		Outro. Especificar		SR			
16	Tempo de bolsa rotta	_____ horas	SR				
16.1	Aspecto do líquido amniótico	Claro	Com meconíio	Sanguinolento	Fétido	SR	
17	Intercorrências(s) materna observadas durante o trabalho de parto						
	Hipertensão	Infecção	Eclampsia	Hemorragia			
	Sem intercorrências	Outra. Especificar					
18	Idade gestacional cronológica	_____ semanas ou	_____ meses	SR			
19	Esteve grávida antes deste bebê	sim	não	SR			
19.1	Número de gestações (inclusive esta)	_____	Número de partos	_____	Número do abortos	_____	SR
19.2	Tipo(s) de parto(s)	partos normais	partos cesáreos				SR
19.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)	_____	Filhos nascidos mortos	_____			
20	Patologias/fatores de risco durante a gravidez						
	Infecção urinária	Isoimunização pelo fator Rh	HIV/AIDS				
	Cardiopatias	Hemorragias	Hepatite				
	Gestação múltipla	Gestação prolongada	Anemia				
	Toxoplasmose	Sífilis	Rubéola				
	Crescimento intra-uterino restrito	Doença Sexualmente Transmissível (DST)					
	Diabetes/Diabetes gestacional	Gravidez sem complicações/intercorrências					
	Trabalho de parto prematuro	Tireotoxicose					
	Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)						
	Outras, especificar		SR				

21	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
21.1 Quais medicamentos usou?				
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 35.				
22	Estabelecimento onde ocorreu o parto	Nome _____ Código CNES _____		
23	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
24	Data da internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hora da internação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SR
25	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"/> Amniorraxe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR	
26	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"/> Membrana amniótica	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR
27	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV
28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
29	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
30	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
31	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
32	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"/>
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
33	Se foi realizada cesárea, qual a indicação			
	<input type="checkbox"/> Amniorraxe 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
34	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
34.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural
34.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO

Pesquisar em registros do prontuário do hospital/maternidade.

35 Peso ao nascer gramas SR

36 Quem assistiu a criança ao nascimento? Obstetra Enfermeira Residente SR
 Pediatra Estudante Outro. Especificar

37 Procedimentos usados na assistência imediata ao RN
 Medicamento venoso Oxigênio com máscara e ambú Oxigênio inalatório
 Aspiração das vias aéreas Entubação Cateterismo umbilical
 Passagem de sonda nasogástrica Outro. Especificar

38 APGAR 1º minuto SR APGAR 5º minuto SR

39 Idade gestacional estimada pelo pediatra semanas SR

40 Classificação do RN Adequado para Idade Gestacional (AIG) Pequeno para Idade Gestacional (PIG)
 Grande para Idade Gestacional (GIG) SR

41 Se PIG ou GIG, houve rastreamento de hipoglicemia? Sim Não SR

42 Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado? Sim Não SR

43 Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobulina? Sim Não SR

43.1 Se não, por quê?

44 O bebê apresentou algum problema? Asfixia/Sofrimento fetal agudo RN de mãe diabética Icterícia
 Síndrome de aspiração meconial RN suspeita infecção Tocotraumatismo
 Taquipnéia transitória do RN Mal formação congênita Infecção confirmada
 Doença da membrana hialina Baixo peso (<2500 g) Prematuridade
 Doença hemolítica Distúrbio metabólico Não teve problemas
 TORSCH. Qual? _____ SR
 Outra. Especificar _____ SR

45 O bebê ficou internado? Sim Não SR

46 Se não ficou internado, data da alta Peso na alta gramas SR

As questões seguintes se referem apenas a crianças que permaneceram hospitalizadas após o nascimento.

47 Registro de evolução diária por médico Sim Não SR

48 O recém-nascido permaneceu em
 Alojamento conjunto Berçário comum UTI / CTI SR
 Berçário cuidados intermediários (BCI) Transferido

49 Foi indicado UTI? Sim Não SR

49.1 Se sim, qual o motivo

49.2 Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI? SR

49.3 Se mais de 3hs, porque? Falta de vaga instabilidade do RN dificuldade com transporte
 Outro. Especificar _____ SR

50	Diagnóstico (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN)				<input type="checkbox"/> SR
51	Procedimentos realizados		<input type="checkbox"/> Incubadora <input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical <input type="checkbox"/> Exsanguineotransfusão <input type="checkbox"/> Berço aquecido <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/> Entubação <input type="checkbox"/> Canguru <input type="checkbox"/> Dissecção venosa <input type="checkbox"/> O2 inalatório <input type="checkbox"/> Fototerapia <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> O2 em capacete <input type="checkbox"/> Medicação venosa <input type="checkbox"/> Surfactante <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Punção venosa central <input type="checkbox"/> Hemotransfusão <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ <input type="checkbox"/> SR		
52	Propedêutica realizada		<input type="checkbox"/> Raio X de tórax <input type="checkbox"/> Gases arteriais / Venosos <input type="checkbox"/> Cultura de sangue <input type="checkbox"/> Exame do líquor <input type="checkbox"/> Íons <input type="checkbox"/> Hemograma/hematócrito <input type="checkbox"/> Cultura de urina <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ <input type="checkbox"/> SR		
53	O recém-nascido foi transferido para outro hospital?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR
53.1 Se sim, para qual hospital?					
53.2 Por que foi transferido?					
54	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
54.1 Se sim, especificar					
55	Se o óbito ocorreu na maternidade, indique o setor de ocorrência				
	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> Berçário cuidado intermediário	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar		
56	Data do óbito		Hora do óbito		<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> SR
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> SR
56.1	Se este óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de vida, quantas horas após o parto				<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> SR
57	O corpo foi encaminhado para necropsia?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
58	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
59	Observações				
60	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso				
61	Responsável pela investigação				
Nome _____		Profissão _____			

75	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
75.1 Especificar					
76	Data do óbito	<input type="text"/> ____	Hora do óbito	<input type="text"/> ____ horas	<input type="checkbox"/> SR
77	Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação?	<input type="text"/> ____	horas	<input type="checkbox"/> SR	
78	Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Emergência	
		<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica		
		Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR	
79	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
80	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver	<hr/> <hr/>			
81	Observações gerais	<hr/> <hr/>			
82	Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?	<hr/> <hr/>			
83	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/> ____			
84	Responsável pela investigação	Nome _____ Carimbo e rubrica _____			