

Ficha de investigação do Óbito **Fetal e Infantil – Hospitalar**

Nº de caso \_\_\_\_\_

FI-H

## I. Informações do feto/da criança no momento do óbito

☐ Óbito fetal na DO

1 Nome: _____	2 Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ign
3 Semanas de gestação para óbito fetal: _____ Idade para óbito infantil: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Min	4 Peso: _____ <input type="checkbox"/> gr. <input type="checkbox"/> Kg	Ign
5 Data do óbito: _____	6 Nº DO: _____	Ign
7 Data nascimento: _____	8 Nº DN: _____	Ign
9 Endereço de Residência do responsável: _____	Telefone: ( ) _____	Ign
10 Município de Residência do responsável: _____	11 UF: _____	Ign

## II. Informações da mãe

Nº do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

12 Nome: _____	13 Idade: _____ anos	Ign
14 Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela	14.1 Se "indígena", informe a etnia: _____ 14.2 Se "indígena", informe a aldeia: _____ <input type="checkbox"/> Não aldeada	Ign

## III. Identificação do Hospital/Maternidade onde se realiza a investigação

15 Nome: _____	16 CNES: _____	Ign
17 Município: _____ UF: _____	18 Tipo de estabelecimento: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio SUS <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outro	Ign
19 Prontuário da criança: _____	20 Prontuário da mãe: _____	Ign

## IV. Admissão da mãe-gestante no hospital/maternidade

☐ Não se aplica

21 Data da admissão: _____	22 Idade gestacional (IG): _____ semanas, por: <input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> Exame físico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não se aplica	Ign								
23 Pressão arterial (mmHg) na admissão: _____	24 Em relação ao trabalho de parto, a admissão ocorreu: <input type="checkbox"/> Antes do início do trabalho <input type="checkbox"/> No período <b>não expulsivo</b> <input type="checkbox"/> No período <b>expulsivo</b>	Ign								
25 Registros clínicos na admissão: _____	26 Assinalar o(s) motivo(s) da internação, especificando quando necessário. Inclua também informações relevantes do pré-natal, se houver.	Ign								
<table><tr><td>i. Dinâmica uterina: _____ contrações por 10 min.</td><td>iv. Dilatação do colo: _____ cm</td></tr><tr><td>ii. Apresentação fetal: <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Outra</td><td>v. Membranas (bolsa): <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/> Rotas</td></tr><tr><td>iii. BCF: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo</td><td>- Se "Rotas", tempo aproximado: _____ horas</td></tr><tr><td>vii. Descida de apresentação: _____</td><td>- Se "Rotas", líquido amniótico: <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Meconial <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Outro</td></tr></table>			i. Dinâmica uterina: _____ contrações por 10 min.	iv. Dilatação do colo: _____ cm	ii. Apresentação fetal: <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Outra	v. Membranas (bolsa): <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/> Rotas	iii. BCF: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	- Se "Rotas", tempo aproximado: _____ horas	vii. Descida de apresentação: _____	- Se "Rotas", líquido amniótico: <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Meconial <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Outro
i. Dinâmica uterina: _____ contrações por 10 min.	iv. Dilatação do colo: _____ cm									
ii. Apresentação fetal: <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Outra	v. Membranas (bolsa): <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/> Rotas									
iii. BCF: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	- Se "Rotas", tempo aproximado: _____ horas									
vii. Descida de apresentação: _____	- Se "Rotas", líquido amniótico: <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Meconial <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Outro									
27 Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Pós-datismo <input type="checkbox"/> Ruptura de membranas (bolsa rota) <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Sangramento transvaginal <input type="checkbox"/> Cesárea agendada <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diminuição de movimentos fetais <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores.										

## V. História obstétrica\* e doenças da mãe

\*Não considerar a gestação do filho falecido

☐ Não se aplica

28 Nº de gestações anteriores: _____ Abortos: _____ Partos: _____	Vaginais: _____ Cesáreas: _____ Nascidos vivos: _____ Ano do último parto: _____	Ign
29 Doenças nas gestações anteriores: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quais? _____	30 Outras doenças (fora das gestações): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quais? _____	Ign

## VI. Internação hospitalar da mãe-gestante

☐ Não se aplica

31 Data da internação: _____	32 Hora da internação: _____	Ign
33 O parto ocorreu nesta internação? <input type="checkbox"/> Sim (continue) <input type="checkbox"/> Não (vá para 44)	34 Foi utilizado partograma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ign
35 Nº de avaliações durante o trabalho de parto (após 4 cm de dilatação): Maternas: _____ Fetais: _____	36 Houve intervalo >30min entre avaliações durante o trabalho de parto? Materna: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fetal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ign

35	Foi usado OCITOCINA durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	Ign
36	Foi usado MEPERIDINA durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	Ign
37	Foi usado CORTICOIDE? <input type="checkbox"/> Sim, data de início: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		Ign
38	Outras medicações usadas durante a internação:	<input type="checkbox"/> Nenhuma			Ign

---

39	Data do parto: ____/____/____	Ign	Hora do parto: ____:____	Ign	
40	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> VAGINAL com fórceps ou vácuo-extractor	<input checked="" type="checkbox"/> VAGINAL	<input checked="" type="checkbox"/> CESÁREA.	Ign
- Se cesárea, qual o motivo registrado no prontuário?	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala <input type="checkbox"/> Descolam. prematuro placenta <input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo <input type="checkbox"/> Cesárea anterior <input type="checkbox"/> Falha de indução de parto <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prolongado <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica <input type="checkbox"/> Feto morto <input type="checkbox"/> Ruptura prematura membrana <input type="checkbox"/> Outra; especifique: _____				
41	Quem atendeu o parto?	<input type="checkbox"/> Médico gineco-obstetra	<input type="checkbox"/> Médico não gineco-obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira obstetriz	<input type="checkbox"/> Enfermeira
		<input type="checkbox"/> Parteira	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Sem assistência	
42	Aspecto do líquido amniótico no parto:	<input type="checkbox"/> Claro	<input checked="" type="checkbox"/> Com mecônio	<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento	<input checked="" type="checkbox"/> Fétido
					<input type="checkbox"/> Outro: _____
43	Anestesia durante o trabalho de parto:	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Raquidiana	<input type="checkbox"/> Peridural
		<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Outra: _____		
44	Intercorrências maternas durante o parto:	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Outra: _____
45	Evolução da internação da mãe (notas importantes):	_____			

---

46	Teste rápido da mãe no parto:	Sífilis	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input checked="" type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não realizado	Ign
		HIV	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input checked="" type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não realizado	Ign

**VII. Condições ao nascimento** ☐ Não se aplica

47	Quem avaliou o natimorto/RN após o parto?	<input type="checkbox"/> Médico gineco-obstetra	<input type="checkbox"/> Médico pediatra/neonatologista	<input type="checkbox"/> Outro médico	Ign
		<input type="checkbox"/> Enfermeira/obstetriz	<input type="checkbox"/> Parteira	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ninguém
48	Idade gestacional ao nascimento: ____/____ semanas	Ign			
49	Peso ao nascimento: ____ gramas	Ign			
50	O óbito ocorreu:	<input type="checkbox"/> Antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Após o parto	Ign
50.1	Se ocorreu <b>ANTES</b> do início do trabalho de parto, foi feto macerado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	... (vá para o bloco X)	
51	APGAR	1º min ____ Ign	5º min ____ Ign	<input type="checkbox"/> Natimorto	
52	Classificação do RN:	<input type="checkbox"/> Adequado para Idade Gestacional	<input checked="" type="checkbox"/> Pequeno para Idade Gestacional (PIG)	<input checked="" type="checkbox"/> Grande para Idade Gestacional (GIG)	Ign
53	Realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Ign	
54	Procedimentos usados na assistência ao RN na sala de parto:	<input type="checkbox"/> Nenhum			Ign
		<input type="checkbox"/> Aspiração das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical	<input type="checkbox"/> Entubação	<input type="checkbox"/> Oxigênio
		<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica			
	Outros procedimentos:	_____			
	Medicamentos utilizados:	_____			
55	O RN fez hipoglicemia (glicose <45)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não fez exame	Ign

**VIII. Atendimento após o nascimento** ☐ Não se aplica

56	Sector de internação do RN:	<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	<input checked="" type="checkbox"/> UTI/CTI neonatal	<input type="checkbox"/> Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Ign
		<input type="checkbox"/> Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
57	O RN tinha baixo peso (<2500g)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ign	
58	O RN era prematuro (IG<37 sem)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ign	
59	Intercorrências após o nascimento:	<input type="checkbox"/> Distúrbio metabólico	<input type="checkbox"/> Doença da membrana hialina	<input type="checkbox"/> Doença hemolítica	<input type="checkbox"/> Icterícia
		<input type="checkbox"/> Infecção confirmada	<input type="checkbox"/> Infecção suspeita	<input type="checkbox"/> Malformação congênita	<input type="checkbox"/> Sd. aspiração meconial
		<input type="checkbox"/> Taquipnéia transitória do RN			
	Tocotraumatismo	<input type="checkbox"/> Outra: _____			
60	Foi indicado admissão na UTI neonatal?	<input type="checkbox"/> Sim. Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Não		

<b>60.1</b>	Se "Sim", foi internado na UTI neonatal? <input type="checkbox"/> Sim. Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="button" value="Ign"/>
<b>60.1.1</b>	Demorou >3 horas para ser internado? <input type="checkbox"/> Sim. Por quê? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="button" value="Ign"/>
<b>60.1.2</b>	Por que não foi internado? <input type="text"/>		<input type="button" value="Ign"/>
<b>61</b>	Evolução da internação do RN (notas importantes sobre o quadro clínico, resultados de exames, novos diagnósticos e condutas):          		
<b>62</b>	Procedimentos realizados durante a internação do RN:  <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Antibioticoterapia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Berço aquecido</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Método Canguru</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nenhum</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CPAP</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dissecção venosa</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Entubação</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Fototerapia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Exsanguíneo-transfusão</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Hemotransfusão</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Incubadora</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nutrição parenteral</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Oxigênio em capacet</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Oxigênio inalatório</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Punção venosa central</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Surfactante</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Ventilação mecânica</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/></div> </div>		
<b>63</b>	A mãe acompanhou o RN nessa internação? <input type="checkbox"/> Sim, em tempo integral <input type="checkbox"/> Sim, parcialmente <input type="checkbox"/> Não		<input type="button" value="Ign"/>
<b>64</b>	Se a mãe não acompanhou, o RN teve outro acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim, em tempo integral <input type="checkbox"/> Sim, parcialmente <input type="checkbox"/> Não		<input type="button" value="Ign"/>
<b>65</b>	Desfecho da internação após o nascimento: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito (vá para <b>70</b> )		<input type="button" value="Ign"/>
<b>66</b>	Data da Alta/Transferência: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>67</b>	Peso ao Alta/Transferência: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
<b>68</b>	Se foi transferido, qual o motivo? <input type="text"/>		
<b>69</b>	Se foi transferido, para qual hospital? <input type="text"/>		
<b>70</b>	Se foi a "Óbito", indique a hora do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="button" value="Ign"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
<b>71</b>	Se foi a "Óbito", onde ocorreu? <input type="checkbox"/> Alojamento conjunto <input type="checkbox"/> Cuidado intermediário <input type="checkbox"/> UTI neonatal <input type="checkbox"/> Centro obstétrico <input type="checkbox"/> Outro	<input type="button" value="Ign"/>	
<b>IX. Assistência hospitalar à criança durante a situação que levou ao óbito</b> <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Não se aplica se a resposta <b>65</b> foi "óbito" OU em caso de óbito fora do hospital sem reinternação após o nascimento.			
<b>72</b>	Data da internação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="button" value="Ign"/>	Hora da internação: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>73</b>	A criança veio transferida de outro hospital? <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não		
	-Nome: <input type="text"/>		Tempo de internação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> meses.
<b>74</b>	Breve história (queixas principais) na admissão: <input type="text"/>     		
<b>75</b>	Dados da criança na <b>ADMISSÃO</b> :		
<b>75.1</b>	Idade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos		<input type="button" value="Ign"/>
<b>75.2</b>	Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr. <input type="button" value="Ign"/>	<b>75.3</b>	Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="button" value="Ign"/>
<b>75.4</b>	Estado nutricional <input type="checkbox"/> Eutrófica <input type="checkbox"/> Desnutrida/baixo peso <input type="button" value="Ign"/>	<b>75.5</b>	Estado de hidratação <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="button" value="Ign"/>
<b>75.6</b>	Estado geral grave? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="button" value="Ign"/>	<b>75.7</b>	Perfusão <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="button" value="Ign"/>
<b>75.8</b>	Sinais vitais	Batimentos cardíacos x min. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="button" value="Ign"/>	Respirações x min. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="button" value="Ign"/> Temperatura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C <input type="button" value="Ign"/>
<b>76</b>	Diagnósticos na admissão e conduta inicial: <input type="text"/>     		
<b>77</b>	Resumo da evolução durante a internação: <input type="text"/>          		
<b>78</b>	Foi indicado admissão na UTI pediátrica? <input type="checkbox"/> Sim. Motivo: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não	

78.1 Se "Sim", foi internado na UTI pediátrica? <input type="checkbox"/> Sim. Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não		Ign	
78.1.1 Demorou >3 horas para ser internado? <input type="checkbox"/> Sim. Por quê? <input type="text"/>		Ign	
78.1.2 Por que não foi internado? <input type="text"/>		Ign	
79 Desfecho da internação após o nascimento: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito (vá para 84)		Ign	
80 Data da Alta/Transferência: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 81 Peso ao Alta/Transferência: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Ign	
82 Se foi transferido, anote o motivo: <input type="text"/>		Ign	
83 Se foi transferido, indique para qual hospital: <input type="text"/>		Ign	
84 Se foi a "Óbito", indique a hora do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Ign		Ign	
85 Se foi a "Óbito", anote o setor de ocorrência: <input type="checkbox"/> UTI neonatal/pediátrica <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/>		Ign	
X. Informações complementares sobre o óbito			
86 Liste os diagnósticos ou hipóteses diagnósticas registradas durante a evolução clínica. <input type="text"/>			Ign
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
87 O corpo foi encaminhado para necropsia? <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outro) <input type="checkbox"/> Não Ign 87.1 Se Sim, foi realizada a necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Ign
88 Este caso foi analisado por alguma comissão/grupo do hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
- Se "Sim", qual comissão/grupo e quais as conclusões (causas do óbito, fragilidades na assistência hospitalar) e encaminhamentos? <input type="text"/>			Ign
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
- Se "Não", por quê? <input type="checkbox"/> Não foi encaminhado. <input type="checkbox"/> Foi encaminhado, mas não analisado. <input type="checkbox"/> Não existe comissão/grupo <input type="checkbox"/> Outro			Ign
<input type="text"/>			
89 Informações complementares ou esclarecimentos do investigador. Algum tratamento, exame, conduta, etc., deixou de ser feito na internação? <input type="text"/>			Ign
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
XI. Encerramento da investigação hospitalar			
90 Responsável pelo preenchimento: <input type="text"/>			91 Telefone de contato: ( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
92 O responsável pelo preenchimento é funcionário deste hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
93 Data do encerramento da investigação hospitalar: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			94 Informação anexa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não