



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANATOMIA PATOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE NECRÓPSIA

Nº do Registro:

Nome:

Data do Nascimento:

Sexo:

Cor:

Filiação:

Hospital: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Solicitamos a realização de necrópsia no corpo de _____
_____ filho de _____ e _____
_____ do sexo _____, de cor _____, Cat. _____,
com _____ anos de idade, natural de _____, profissão _____
estado civil _____, que esteve internado neste hospital na unidade de _____ tendo
sido admitido em ____/____/____ e falecido em ____/____/____ às _____ horas _____ minutos.

Resumo da história clínica: _____
Queixas principais e evolução: _____

Exames complementares: _____

Terapêutica: _____

Anamnese obstétrica e pré natal do berçário: _____

Diagnóstico clínico: _____

Data: ____/____/____

Médico _____
Assinatura e Carimbo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO OU NÃO DE NECROPSIA

Estou sendo solicitado (a) a permitir ou não a realização de uma necropsia ou autópsia, que é o exame detalhado dos diversos órgãos do corpo, para esclarecer sobre as doenças que causaram a morte, direta ou indiretamente, quando estas não são conhecidas; para fins de investigação epidemiológica. Mas não é um procedimento obrigatório para emissão da Declaração de Óbito, nos casos de mortes naturais, caso a família não deseje ou autorize o exame.

A necropsia é feita, geralmente, em duas etapas. Na primeira etapa, que é o exame macroscópico, o médico examina toda a porção interna do corpo e retira, se necessário, amostras para a segunda etapa. Na segunda fase do estudo, o material retirado do cadáver é enviado para processamento laboratorial, tornando possível o exame microscópico e outros que acrescentem maiores detalhes para a investigação.

O corpo é liberado para velório e sepultamento logo após a primeira etapa do exame. O exame é gratuito e a família não pagará nada por ele, em nenhum momento. Este termo será emitido em duas vias, ficando uma delas com o familiar/responsável e a outra entregue ao NSVO.

Tenho ciência que o Serviço de Verificação de Óbitos da SES/DF (SVO) é responsável por investigar casos em que se deseja fornecer dados mais precisos na Declaração de Óbito, ou em quando se faz necessário monitorar a saúde da população, dos familiares ou da comunidade, que podem ser afetados pela mesma doença. ME FOI INFORMADO (A) QUE O SVO NÃO REALIZA A NECROPSIA NOS CASOS EM QUE HOUVE ASSISTÊNCIA MÉDICA COM DADOS CONHECIDOS SOBRE AS PROVÁVEIS CAUSAS, BEM COMO NÃO É RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS EM QUE A MORTE OCORREU APÓS 24 HORAS DE ASSISTÊNCIA, INDEPENDENTEMENTE DO ATENDIMENTO TER INICIADO OU NÃO NO MESMO LOCAL ONDE OCORREU A MORTE, EM CASOS DE TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Declaro ter sido informado claramente sobre o procedimento da necropsia, tendo todas as minhas dúvidas esclarecidas pelo médico (a) que assina abaixo, estando ciente de que, em alguns casos, nem mesmo a necropsia é suficiente para total esclarecimento da causa da morte.

Declaro, ainda, que NÃO HÁ QUALQUER DÚVIDA OU QUESTIONAMENTO EM RELAÇÃO A CAUSAS SUSPEITAS DE VIOLÊNCIA, TRAUMA, INTOXICAÇÃO, ACIDENTE, SUICÍDIO OU QUE TENHA RELAÇÃO COM QUESTIONAMENTOS JURÍDICOS OU POLICIAIS DE POSSÍVEL CAUSA EXTERNA, OU SEJA, QUANDO ALGUM FATOR EXTERNO POSSA TER DETERMINADO A MORTE DE FORMA DIRETA OU INDIRETA, INCLUINDO SUPOSTAS FALHAS NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PACIENTE. Nestes casos, o exame é obrigatório e o corpo deve ser enviado ao IML para perícia.

Assim sendo, de forma livre e espontânea, por ser igualmente de livre vontade de nós familiares ou responsáveis legais, neste ato por mim representados, declaro que:

☐ NÃO AUTORIZO a realização da necropsia.

☐ AUTORIZO a realização da necropsia pelos seguintes motivos: _____

☐ NÃO há motivo ou interesse da família em investigação policial por meio de perícia no IML

Falecido _____

Nome do familiar: _____ Parentesco: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____/_____. Telefone: (____) _____

Endereço: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Familiares e testemunhas: _____

Médico (a) responsável pelos esclarecimentos: _____

Dr (Dra): _____

CRM-DF: _____