N° do Caso



## Ficha de Investigação do Óbito Fetal

## Serviço de saúde ambulatorial

	3												
1	Nome da mãe												
2	N° da Declaração de Óbito					3 Data do óbito							
4	Sexo Masculino	Ignorado			5 Peso ao Nascer grama			as					
6	Idade gestacional	dade gestacional					meses			Ignorado			
7	Nº do Cartão SUS da mãe	Nº do Cartão SUS da mãe						8 Equipe / PACS / PSF sem cobe					
9	Centro de Saúde / UBS	10 Distrito Sanitário / Administrativo											
ASS	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL												
	Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão/Caderneta da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta.  Assinale SR se não há registro sobre a questão.												
11	Nome do serviço de saúde onde a mãe fêz pré-natal												
	Nome Código CNES												
12	Tipo de serviço	o de serviço Centro de Saúo						Particular	Não fez pr	é-natal			
13	Idade gestacional na primeira consulta			seman	semanas ou		meses			SR			
14	Número de consultas pré-natal	consultas pré-natal											
15	Já esteve grávida antes?	sim				não		SR					
	15.1 Número de gestações (inclusive esta)		Núi	mero de partos			Nún	nero de abortos		SR			
	15.2 Tipo(s) de parto(s)	part	tos nor	rmais			partos ce	esáreos		SR SR			
16	Foi considerada gestante de alto risco?				sim não					SR SR			
	16.1 Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto	.1 Se sim,foi acompanhada pelo PN de alto risco?						sim, qual?não					
	16.2 A partir de			semanas									
	16.3 Manteve o acompanhamento pela atençã	io básica durar	nte o Pl	NAR?	sim			não		SR			
17	Foi internada durante a gestação?	sim				não	SR						
	17.1 Quantas vezes?			vezes						SR			
	17.2 Qual(is) o(s) motivo(s)?				SR								
	17.3 Com quantas semanas de gestação?	rnação Local						SR					
		2ª inte	nação Local						SR				
18	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:	:		F	Runtura nre	matu	ra de membr	ana					
	Infecção urinária				•								
	Cardiopatias	Isoimunização pelo fator Rh  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			-	Fireotoxicos		3 - 25/111						
	Hipertensão arterial/ DHEG (Doença	hipertensiva e	specífic										
	Outras, especificar												

Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?								Sim					SR	
19.1 Quais medicamentos usou?														
20 Quadro da A	Assistência Pré-Nata	al												
Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg) PA (mml-		Hg)	UF (cm)	BCF	MF	MF Edema		Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)			Profissional *	
*Assinalar: 1.	*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enferm					eiro: 4. C	Outro							
	vacinação contra o			<u> </u>	1ª dose	<u></u>	2ª dose		3ª dose	reforço	imune		SR	
22 A equipe de													SR	
	Silli NdO													
Exames no pré-natal  Assinale o trimestre e anote o resultado.												CD.		
	I Z 3 RESUITATION											SR 		
23.2 Grup														
	23.4 Coombs indireto													
	23.5 Glicemia de jejum													
	23.6 Toxoplasmose - IgM													
23.7 Curva	23.7 Curva de tolerância à glicose													
23.8 Urina	23.8 Urina rotina													
23.9 Uroc	ultura													
23.10 HbsA	g													
23.11 Teste	HIV													
23.12 VDRL	-													
23.13 Outro	os exames. Especific	ar.												
24 Listar as cau	sas do óbito registi	radas no	prontuário	o, se l	houver									
25 Observaçõe	s gerais													
26 Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso?														
27 Data do enc	erramento da colet	a de dad	os											
Nome	28 Responsável pela investigação  Nome Carimbo e rubrica													