



Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde ambulatorial

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao nascer _____ gramas
9	Idade ao óbito (infantil) _____ meses _____ dias _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS _____	11	Equipe / PACS / PSF _____ sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS _____	13	Distrito Sanitário / Administrativo _____
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.			
14	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal		
	Nome _____	Código CNES _____	
15	Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Centro de Saúde/SUS <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal		
16	Idade gestacional na primeira consulta _____ semanas ou _____ meses		SR
17	Número de consultas pré-natal _____ consultas		SR
18	Já esteve grávida antes deste bebê? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
18.1	Número de gestações (inclusive esta) _____	Número de partos _____	Número de abortos _____ SR
18.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR		
19	Foi considerada gestante de alto risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
19.1	Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco? <input type="checkbox"/> sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
19.2	A partir de _____ semanas <input type="checkbox"/> SR		
19.3	O acompanhamento da gestante pela atenção básica foi mantido durante o PNAR? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
20	Foi internada durante a gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
20.1	Quantas vezes? _____ vezes <input type="checkbox"/> SR		
20.2	Qual(is) o(s) motivo(s)? <input type="checkbox"/> SR		
20.3	Com quantas semanas de gestação?		
	1ª internação _____	Local _____	
	2ª internação _____	Local _____	SR
21	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:		
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite
	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola
	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis	
	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)	
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotóxico	
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		SR

22	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR							
22.1	Quais medicamentos usou? _____										
23	Quadro da Assistência Pré-Natal										
	Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *	
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro											
24	Esquema de vacinação contra o tétano	<input type="checkbox"/> 1ª dose	<input type="checkbox"/> 2ª dose	<input type="checkbox"/> 3ª dose	<input type="checkbox"/> reforço	<input type="checkbox"/> imune					<input type="checkbox"/> SR
25	A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> SR
25.1	Se sim, qual o motivo? _____										
26	Exames no pré-natal										
	Assinale o trimestre e anote o resultado.	Trimestre								SR	
		1	2	3	Resultados						
26.1	Hb/Ht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.2	Grupo sanguíneo ABO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.3	Fator RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.4	Coombs indireto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.5	Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.6	Toxoplasmose - IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.7	Curva de tolerância à glicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.8	Urina rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.9	Urocultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.10	HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.11	Teste HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.12	VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
26.13	Outros exames. Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					<input type="checkbox"/>	
27	Observações										
28	Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso? _____										
29	Responsável pela investigação										
	Nome _____					Profissão _____					

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

30 Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e Cartão da criança

A criança estava em acompanhamento pelo serviço de saúde? (puericultura, crescimento/desenvolvimento) Sim Não SR

31 Estabelecimento que prestou atendimento

Nome _____ Código CNES _____

32 Tipo de serviço

C.S./SUS Consultório convênio ConsultórioParticular

33 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito

	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Atendimentos na Atenção Básica								
Atendimentos em serviço de urgência/emergência								

*Assinalar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Pediatra; 3.Enfermeiro; 4. Outro

34 Existe informação no prontuário sobre Aleitamento Materno?

Sim Não

34.1 Se sim, houve Aleitamento Materno exclusivo (apenas leite materno)

Sim Não

34.2 Se houve Aleitamento Materno exclusivo, por quanto tempo?

dias ou meses não se aplica

34.3 Se houve aleitamento misto, qual a duração do aleitamento misto?

dias ou meses não se aplica

35 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência / emergência?

Sim Não SR

35.1 Por qual motivo?

36	A vacinação está completa para a idade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
36.1	Se não, especificar as vacinas em atraso			
37	A criança participava de algum acompanhamento especial?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
37.1	Qual?	<input type="checkbox"/> desnutrição	<input type="checkbox"/> RN de alto risco	<input type="checkbox"/> prematuro
		<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> baixo peso	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
38	Realizadas visitas domiciliares / busca ativa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
38.1	Por qual motivo?			
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver			

40	Observações gerais			

41	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso?			

42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	Responsável pela investigação			
	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		