



Nº do Caso

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde ambulatorial

| | | | |
|---|---|--|---|
| 1 | Nome da mãe | | |
| 2 | Nº da Declaração de Óbito | 3 | Data do óbito |
| 4 | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | 5 | Peso ao Nascer _____ gramas |
| 6 | Idade gestacional _____ semanas ou _____ meses | | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| 7 | Nº do Cartão SUS da mãe | 8 | Equipe / PACS / PSF _____ sem cobertura |
| 9 | Centro de Saúde / UBS | 10 | Distrito Sanitário / Administrativo |
| 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 fez pré-natal Nome _____ Código CNES _____ | | |
| 12 | Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal | | |
| 13 | Idade gestacional na primeira consulta _____ semanas ou _____ meses | | <input type="checkbox"/> SR |
| 14 | Número de consultas pré-natal _____ consultas | | <input type="checkbox"/> SR |
| 15 | Já esteve grávida antes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> SR |
| 15.1 | Número de gestações (inclusive esta) _____ | Número de partos _____ | Número de abortos _____ <input type="checkbox"/> SR |
| 15.2 | Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos cesáreos | | <input type="checkbox"/> SR |
| 16 | Foi considerada gestante de alto risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> SR |
| 16.1 | Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco? <input type="checkbox"/> sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> SR |
| 16.2 | A partir de _____ semanas | | <input type="checkbox"/> SR |
| 16.3 | Manteve o acompanhamento pela atenção básica durante o PNAR? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> SR |
| 17 | Foi internada durante a gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | <input type="checkbox"/> SR |
| 17.1 | Quantas vezes? _____ vezes | | <input type="checkbox"/> SR |
| 17.2 | Qual(is) o(s) motivo(s)? | | <input type="checkbox"/> SR |
| 17.3 | Com quantas semanas de gestação? | 1ª internação _____ Local _____ | <input type="checkbox"/> SR |
| | | 2ª internação _____ Local _____ | <input type="checkbox"/> SR |
| 18 | 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"/> Tireotoxicose | |
| | <input type="checkbox"/> Outras, especificar _____ | | <input type="checkbox"/> SR |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------|---|-------------------------|
| 19 | Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> SR | | | | | | |
| | 19.1 Quais medicamentos usou? | | | | | | | | | |
| 20 | 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 | | | | | | | | | | |
| 21 | 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 | | | |
| 22 | A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> SR | | | | | | |
| | 22.1 Se sim, qual o motivo? | | | | | | | | | |
| 23 | Exames no pré-natal | Trimestre | | | | | | | | |
| | Assinale o trimestre e anote o resultado. | 1 | 2 | 3 | Resultados | SR | | | | |
| | 23.1 Hb/Ht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.2 Grupo sanguíneo ABO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.3 Fator RH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.4 Coombs indireto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.5 Glicemia de jejum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.6 Toxoplasmose - IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.7 Curva de tolerância à glicose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.8 Urina rotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.9 Urocultura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.10 HbsAg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.11 Teste HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.12 VDRL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 23.13 Outros exames. Especificar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 24 | Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver | | | | | | | | | |
| 25 | Observações gerais | | | | | | | | | |
| 26 | Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso? | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 27 | Data do encerramento da coleta de dados | _ _ | _ _ | _ _ | | | | | | |
| 28 | Responsável pela investigação | | | | | | | | | |
| | Nome _____ | | | | | | | | | Carimbo e rubrica _____ |