



Nº do Caso

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde hospitalar

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	Número do Cartão Sus da mãe _____		
8	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação Nome _____ Código CNES _____		
9	Tipo de hospital/maternidade <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular		
ASSISTÊNCIA AO PARTO			
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)		
	Data do parto _____	Hora do parto _____	SR _____
11	O parto ocorreu <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> SR _____ <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____		
12	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> SR _____		
13	Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ SR _____		
14	Tempo de bolsa rota _____ horas <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR _____		
14.1	Aspecto do líquido amniótico <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> SR _____		
15	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Sem intercorrências <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		
16	Idade gestacional cronológica _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> ignorada <input type="checkbox"/> SR _____		
17	Esteve grávida antes desta gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR _____		
17.1	Número de gestações (inclusive esta) _____ Número de partos _____ Número de abortos _____ SR _____		
17.2	Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR _____		
17.3	Filhos nascidos vivos _____ Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação) _____		
18	Data do último parto _____ SR _____		
19	Patologias/fatores de risco durante a gravidez <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Cardiopatas <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Rubéola <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 _____ SR _____		
20	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR _____		
20.1	Quais medicamentos usou?		
As questões seguintes devem ser aplicadas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 34.			
21	Qual o nome do estabelecimento Nome _____ Código CNES _____		

22	Tipo de maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	
23	Data da internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> SR
24	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____
		<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="text"/> SR
25	Registros à admissão da gestante na maternidade				
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardiofetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="text"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="text"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="text"/> SR	
26	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV	<input type="text"/> SR
27	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR	
29	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR	
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR	
	Avaliação do feto - BCF	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR	
31	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso _____	
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação	
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		<input type="text"/> SR	
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação				
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade		
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo		
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa		
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia			
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="text"/> SR	
33	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
33.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui
33.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO					
34	Peso ao nascer	<input type="text"/> gramas		<input type="text"/> SR	
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="text"/> SR
		<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
37	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto		
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento		
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (maceração, mal formação, etc.)				
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto				
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> SR	
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
40	Observações gerais				
41	Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso?				
42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>			
43	Responsável pela investigação	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		