



Nº do Caso

\_\_\_\_

# Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

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	8	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	Peso ao Nascer	
9	Idade ao óbito	gramas	
	<input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação		
	Nome		Código CNES
11	Tipo de hospital/maternidade		
	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular		
<b>ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>			
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)			
12	Data do parto/nascimento	Hora do parto/nascimento	SR
13	O parto ocorreu		
	<input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública	SR	
	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar		
14	Tipo de parto		
	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea	SR	
15	Profissional que fez o parto		
	<input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra		
	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetriz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo		
	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar	SR	
16	Tempo de bolsa rota		
	<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Não se aplica	SR	
16.1	Aspecto do líquido amniótico		
	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido	SR	
17	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hemorragia		
	<input type="checkbox"/> Sem intercorrências <input type="checkbox"/> Outra. Especificar		
18	Idade gestacional cronológica		
	<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> ignorada	SR	
19	Esteve grávida antes deste bebê		
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	SR	
19.1	Número de gestações (inclusive esta)	Número de partos	Número do abortos
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.2	Tipo(s) de parto(s)		
	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos	SR	
19.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filhos nascidos mortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20	Patologias/fatores de risco durante a gravidez		
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Tireotoxicose	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rubéola
			SR

21	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
21.1	Quais medicamentos usou?			
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 35.				
22	Estabelecimento onde ocorreu o parto	Nome _____ Código CNES _____		
23	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
24	Data da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
25	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
26	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="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR
27	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV
28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
29	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
30	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
31	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
32	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
33	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/Oligohidrânio	<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="checkbox"/> SR
34	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
34.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural
				<input type="checkbox"/> Raqui
34.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO									
Pesquisar em registros do prontuário do hospital/maternidade.									
35	Peso ao nascer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas	<input type="text"/>	SR		
36	Quem assistiu a criança ao nascimento?	<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		
37	Procedimentos usados na assistência imediata ao RN								
	<input type="checkbox"/>	Medicamento venoso	<input type="checkbox"/>	Oxigênio com máscara e ambú	<input type="checkbox"/>	Oxigênio inalatório			
	<input type="checkbox"/>	Aspiração das vias aéreas	<input type="checkbox"/>	Entubação	<input type="checkbox"/>	Cateterismo umbilical			
	<input type="checkbox"/>	Passagem de sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/>	Outro. Especificar					
38	APGAR 1º minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SR	APGAR 5º minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SR	
39	Idade gestacional estimada pelo pediatra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas				SR	
40	Classificação do RN	<input type="checkbox"/>	Adequado para Idade Gestacional (AIG)	<input type="checkbox"/>	Pequeno para Idade Gestacional (PIG)				
		<input type="checkbox"/>	Grande para Idade Gestacional (GIG)					SR	
41	Se PIG ou GIG, houve rastreamento de hipoglicemia?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
42	Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
43	Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobulina?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
43.1	Se não, por quê?								
44	O bebê apresentou algum problema?	<input type="checkbox"/>	Asfixia/Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/>	RN de mãe diabética	<input type="checkbox"/>	Icterícia		
		<input type="checkbox"/>	Síndrome de aspiração meconial	<input type="checkbox"/>	RN suspeita infecção	<input type="checkbox"/>	Tocotraumatismo		
		<input type="checkbox"/>	Taquipnéia transitória do RN	<input type="checkbox"/>	Mal formação congênita	<input type="checkbox"/>	Infecção confirmada		
		<input type="checkbox"/>	Doença da membrana hialina	<input type="checkbox"/>	Baixo peso (<2500 g)	<input type="checkbox"/>	Prematuridade		
		<input type="checkbox"/>	Doença hemolítica	<input type="checkbox"/>	Distúrbio metabólico	<input type="checkbox"/>	Não teve problemas		
		<input type="checkbox"/>	TORSCH. Qual? _____						
		<input type="checkbox"/>	Outra. Especificar _____					SR	
45	O bebê ficou internado?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
46	Se não ficou internado, data da alta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Peso na alta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas	SR
As questões seguintes se referem apenas a crianças que permaneceram hospitalizadas após o nascimento.									
47	Registro de evolução diária por médico	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
48	O recém-nascido permaneceu em								
	<input type="checkbox"/>	Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/>	Berçário comum	<input type="checkbox"/>	UTI / CTI		SR	
	<input type="checkbox"/>	Berçário cuidados intermediários (BCI)	<input type="checkbox"/>	Transferido					
49	Foi indicado UTI?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			SR	
49.1	Se sim, qual o motivo								
49.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI?							SR	
49.3	Se mais de 3hs, porque?	<input type="checkbox"/>	Falta de vaga	<input type="checkbox"/>	instabilidade do RN	<input type="checkbox"/>	dificuldade com transporte		
		<input type="checkbox"/>	Outro. Especificar _____					SR	





75	Algun medicamento, procedimiento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
75.1	Especificar			
76	Data do óbito	<input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/> horas <input type="checkbox"/> SR
77	Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação?	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
78	Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Emergência
		<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
79	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
80	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver	_____		
81	Observações gerais	_____		
82	Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?	_____		
83	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>		
84	Responsável pela investigação			
	Nome	_____	Carimbo e rubrica	_____