

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

16 Doenças e condições antecedentes

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Doença congênita, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/> Nenhuma doença _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Sífilis congênita	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Distúrbio do crescimento e do desenvolvimento	

16.1 Medicação de uso contínuo

17 Sofreu algum ferimento/acidente/violência? sim _____ não não sabe

18 A criança faleceu devido a ferimento/acidente/violência? sim: passe à Questão 51 não: continue com a Questão 19

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

19 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? dias meses anos não sabe

20 Teve febre? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

20.1 A febre era contínua ia e vinha não sabe

20.2 A febre era muito alta? sim não não sabe

20.3 Teve febre apenas à tarde e/ou à noite? sim não não sabe

20.4 Teve calafrios ou arrepios? sim não não sabe

21 Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

22 Perdeu peso durante a doença? sim, por quanto tempo? _____ quilos não não sabe

23 Estava muito fraco(a)? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

24 Estava descorado(a) e/ou pálido(a) (teve palidez)? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

25 Teve os olhos fundos? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

26 Teve tosse? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

26.1 A tosse era frequente? sim não não sabe

26.2 Tossia somente quando estava deitado? sim não não sabe

26.3 Vomitava depois de tossir? sim não não sabe

26.4 A tosse era com catarro? sim não não sabe

26.5 Tossia com sangue? sim não não sabe

26.6 Teve suor à tarde e/ou à noite? sim não não sabe

27 Respirava mais rápido do que o normal? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

28 Teve dificuldades para respirar? sim, por quanto tempo? _____ não não sabe

28.1 Fazia barulho para respirar? sim, roncosp sim, chiados não não sabe

28.2 A cada vez que respirava sua barriguiinha murchava perto das costelas? sim não não sabe

29	Ficou roxinho (cianótico) alguma vez durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
29.1	Onde?	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> não sabe
30	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.1	A diarreia era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
30.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
31	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
31.1	Quantas vezes por dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
31.2	Vomitou vermes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
32	Teve dores de barriga/cólicas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
32.1	A dor/cólica era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
32.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> lentamente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.2	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias	<input type="checkbox"/> não se aplica		
34	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
34.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga	
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga		
35	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.1	A dor era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.2	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.3	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
36	Perdeu o equilíbrio quando andava (marcha irregular)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
37	As pernas ficaram paralisadas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
37.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> não sabe	
38	Teve convulsões (ataque)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> não sabe	
40	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
41	Teve dificuldades em urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
42	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
43	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	

44	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco
		<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____	
45.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
46	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus
		<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo
		<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
49	Teve ínguas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
49.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila
		<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe	
50	Os olhos ficaram com coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA				
51	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
51.1	Qual?	<input type="checkbox"/> acidente de trânsito _____	<input type="checkbox"/> corte	<input type="checkbox"/> afogamento
		<input type="checkbox"/> envenenamento/intoxicação _____	<input type="checkbox"/> sufocação	<input type="checkbox"/> queimaduras
		<input type="checkbox"/> queda _____	<input type="checkbox"/> pancada	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> outro _____		
51.2	Como, onde e quando aconteceu?			
52	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	<input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE				
53	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.1	Onde foi a última internação?			
53.2	Qual a data do último atendimento neste serviço de saúde antes da morte?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.4	O que ele disse?			

53.5 Qual foi o tratamento indicado?			
54 Foi atendido(a) em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
54.1 Onde foi o último atendimento?			
54.2 Qual a data do último atendimento nesse serviço de saúde antes da morte?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
54.3 Algum profissional de saúde informou sobre a doença?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
54.4 O que ele disse?			
54.5 Qual foi o tratamento indicado?			
55 Foi operado(a) por causa da doença?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
55.1 Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)?		<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
55.2 Que parte do corpo foi operada?			
56 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não?	<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento	
	<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____	
	<input type="checkbox"/> encontrou morto	<input type="checkbox"/> não se aplica	
	<input type="checkbox"/> não quis/não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES			
57 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver			
58 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver			
59 Tomou vacinas?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
59.1 Quais?	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> contra hepatite	<input type="checkbox"/> sarampo, rubéola, caxumba
	<input type="checkbox"/> anti-pólio	<input type="checkbox"/> DTP+HiB	<input type="checkbox"/> rotavírus <input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> contra febre amarela	<input type="checkbox"/> outra
60 Observações do entrevistador			
Sobre as condições de vida e de moradia do falecido, sobre a qualidade da entrevista (se o entrevistado colaborou ou não, se tinha dificuldade para se expressar) e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.			

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

Causas da morte depois da entrevista		CID-10		
Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a		
	Causas antecedentes	b	Devido ou como consequência de	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica	c	Devido ou como consequência de	
		d	Devido ou como consequência de	
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			
Data da entrevista <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Data da análise <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nome dos entrevistadores		Profissionais médicos que analisaram as informações		