



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	____	<input type="checkbox"/> sem cobertura					
9	Centro de Saúde / UBS	10	Distrito Sanitário / Administrativo	____						
<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>										
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							

