



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		<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hora do parto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 _____	<input type="checkbox"/> SR					
14	Tempo de bolsa rota		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/>	Número de partos		<input type="checkbox"/>	Número de abortos		<input type="checkbox"/>
17.2	Tipo(s) de parto(s)		<input type="checkbox"/>	partos normais		<input type="checkbox"/>	partos cesáreos		<input type="checkbox"/>
17.3	Filhos nascidos vivos		<input type="checkbox"/>	Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação)		<input type="checkbox"/>			
18	Data do último parto			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Patologias/fatores de risco durante a gravidez			<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana					
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária		<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS				
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias		<input type="checkbox"/> Hemorragias		<input type="checkbox"/> Hepatite				
	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla		<input type="checkbox"/> Gestação prolongada		<input type="checkbox"/> Anemia				
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose		<input type="checkbox"/> Sífilis		<input type="checkbox"/> Rubéola				
	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito		<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)						
	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional		<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências						
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro		<input type="checkbox"/> Tireotoxicose						
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)								
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____						<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR	
	Avaliação do feto - BCF	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43	Responsável pela investigação	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		