



Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA										
1	Nome da Falecida									
2	Nº da Declaração de Óbito				2	Data do óbito				
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)					Nº		Compl		
Bairro			Distrito/Povoado			Local	urbano		rural	
5	Município de residência							UF		
6	Tipo de seguro saúde									
7	Centro de Saúde			PSF/PACS			sem cobertura			
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL										
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.										
8	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal Nome _____ Código CNES _____									
9	Tipo de serviço		Centro de Saúde /SUS		Consultório convênio		Particular		Não fez pré-natal	
10	Idade gestacional na primeira consulta		semanas ou		meses		SR			
11	Idade gestacional na última consulta		semanas ou		meses		SR			
12	Número de consultas pré-natal		consultas		SR					
13	A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?					sim		não		SR
14	Já esteve grávida antes deste bebê?					sim		não		SR
14.1	Número de gestações (inclusive esta)		Número de partos		Número do abortos		SR			
14.2	Tipo(s) de parto(s)		partos normais		partos com fórceps		partos cesáreos		SR	
15	Foi considerada gestante de alto risco?					sim		não		SR
15.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?					sim		não		SR
15.2	Com quantas semanas?					semanas		SR		
15.3	Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?					sim		não		SR
15.4	Onde?					SR				
16	Foi internada durante a gestação?					sim		não		SR
16.1	Quantas vezes?					vezes		SR		
16.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?					SR				
16.3	Com quantas semanas de gestação?					1ª internação		2ª internação		SR
17	Houve alguma emergência obstétrica?					sim		não		SR
17.1	Qual o transporte utilizado?		SAMU		Outro, qual?		não		SR	
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?					sim		não		SR

18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:								
☐ Infecção urinária			☐ Isoimunização pelo fator Rh			☐ HIV/Aids		
☐ Cardiopatias			☐ Hemorragias			☐ Hepatite		
☐ Gestação múltipla			☐ Gestação prolongada			☐ Anemia		
☐ Toxoplasmose			☐ Sífilis			☐ Rubéola		
☐ Crescimento intra-uterino restrito			☐ Doença Sexualmente transmissível (DST)			☐ Diabetes/Diabetes gestacional		
☐ Gravidez sem complicações/intercorrências			☐ Trabalho de parto prematuro			☐ Tireoideopatias		
☐ Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)						☐ Ruptura prematura de membrana		
☐ Outras, especificar _____						19 ☐ SR		
19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
19.1 Quais medicamentos usou?								
20 Quadro da Assistência Pré-Natal								
Data	Idade Gestacio- nal (semanas)	Peso (Kg)	Pressão arte- rial (mmHg)	Batimento car- diofetal (bpm)	Útero fita (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro								
20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
20.2 Faltou a alguma consulta de pré-natal?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
21 Esquema de vacinação contra o tétano				☐ 1ª dose		☐ 2ª dose	☐ 3ª dose	☐ reforço ☐ imune ☐ SR
22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
23 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar?						☐ Sim		☐ Não ☐ SR
23.1 Se sim, qual o motivo?								
24 Exames no pré-natal			Trimestre			Resultados		SR
Assinale o trimestre e anote o resultado			1	2	3			
24.1	Hb/Ht							
24.2	Grupo sanguíneo ABO							
24.3	Fator RH							
24.4	Coombs indireto							
24.5	Glicemia de jejum							
24.6	Toxoplasmose – IgM							
24.7	Curva de tolerância à glicose							
24.8	Urina rotina							
24.9	Urocultura							
24.10	HbsAg							
24.11	Teste HIV							
24.12	VDRL							
24.13	Ultrassom							
24.14	Outros Exames							

25	Observações								
26	Responsável pela investigação								
Nome:				Profissão:					
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA									
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante									
27	Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
Atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*	
Serviço de urgência/emergência									
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro									
28	Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?						☐ Sim	☐ Não	☐ SR
28.1	Por qual motivo?								
29	A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hiperdia, outros?)						☐ Sim	☐ Não	☐ SR
29.1	Especificar qual o programa								
30	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver								
31	Observações gerais								
32	Data do encerramento da coleta de dados								
33	Responsável pela investigação								
Nome				Carimbo e rubrica					