



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
COMITÊ ESTADUAL DE VIGILÂNCIA À MORTE MATERNA, INFANTIL E FETAL
CEVMMI

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Nº da DO _____

Data do Óbito ___/___/_____ Hora: _____

I - IDENTIFICAÇÃO			
1. Nome _____		2. Data de Nascimento ___/___/_____	
3. Nome da mãe _____		4. Nº do cartão SUS _____	
5. Endereço _____		6. Bairro _____	
7. Município de Residência: _____		8. Código IBGE: _____	9. UF _____
10. Zona: () Rural () Urbana		11. Estado Civil: () Solteira () Casada () União Estável () Viúva () Divorciada () Ignorado	
12. Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado			
13. Escolaridade: () Sem escolaridade () Fundamental I - (1ª a 5º ano) () Fundamental II - (6ª a 9ª ano) () Ensino médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado Ano cursado <input type="text"/> <input type="text"/>			
14. Ocupação habitual _____		15. Atendido pelo PACS/PSF () Sim () Não () Não sabe	
16. Nº de pessoas com residência fixa no domicílio <input type="text"/> <input type="text"/>		17. Renda Familiar R\$ _____	
II - FONTES DOS DADOS CONSULTADOS (Assinalar mais de um campo, se necessário)			
() Prontuário ambulatorial () Entrevista domiciliar () SVO			
() Prontuário hospitalar () Entrevista com profissionais de saúde () IML			
() Banco de Dados (SINAN, AIH, ..) () Registros hospitalares			
III - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / FATORES DE RISCO (identificar o número nas caselas)			
18. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/ GESTAÇÕES ANTERIORES			
<input type="checkbox"/> Nº de gestações	<input type="checkbox"/> Nº de partos	<input type="checkbox"/> Nº de abortos	
<input type="checkbox"/> Nº de nascidos vivos	<input type="checkbox"/> Nº de partos vaginais	<input type="checkbox"/> Nº de partos prematuros	
<input type="checkbox"/> Nº de nascidos mortos	<input type="checkbox"/> Nº de cesáreas		
19. INTERVALO ENTRE ÚLTIMO PARTO/ABORTO E INÍCIO DA GESTAÇÃO ATUAL: () 0 a 2 anos () Mais de 2 anos			
20. COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES ANTERIORES: () Primigesta () Não () Ignorado			
() Sim. Especifique nos campos a seguir:			
() Hemorragias		() HIV/AIDS	() Sífilis
() Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)		() Cardiopatia	() Hepatite
() Hipertensão Arterial pré-existente		() Diabetes mellitus	() Recém-nato pré termo
() Infecção urinária		() Neoplasia	
() Infecção puerperal		() Outros _____	
IV - DADOS DO PRÉ-NATAL			
21. PRÉ-NATAL: () Realizado () Ignorado () Não realizado. Por que? _____			
22. D.U.M. ___/___/_____		23. D.P.P ___/___/_____	24. Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL <input type="text"/> <input type="text"/>
25. DATA DA 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL: ___/___/_____		26. SEMANA DE GESTAÇÃO NA 1ª CONSULTA <input type="text"/> <input type="text"/>	

27. DATA DA ÚLTIMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL ___/___/___	28.SEMANA DE GESTAÇÃO NA ÚLTIMA CONSULTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

29. NOME DA UNIDADE ONDE FEZ O PRÉ-NATAL _____

30. TIPO DE ESTABELECIMENTO: () SUS () CONVÊNIO () PARTICULAR () NÃO SE APLICA

31. FATORES DE RISCO/ VULNERABILIDADES NA GESTAÇÃO ATUAL

() Sem vulnerabilidades	() Cardiopatia	() Sífilis
() Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)	() Neoplasia	() Hepatite
() Hipertensão Arterial pré-existente	() Obesidade	() Toxoplasmose
() Diabetes mellitus	() Desnutrição	() Gemelaridade
() Infecção urinária	() HIV/AIDS	() Recém-nato pré termo
() Infecção puerperal	() DST	() Trabalho de parto prematuro
() Hemorragias	() Outros. Quais? _____	

32. FATORES DE RISCO/ COMPORTAMENTO

() Uso de Tabaco	() Eventual	() 1 x semana	() Diariamente
() Uso de Álcool	() Eventual	() 1 x semana	() Diariamente
() Uso de Outras drogas . Especifique _____			
() Vivendo em situação de rua	() Profissional do sexo	() Privada de liberdade	
() Imigrante	() Refugiada		

33. FOI ACOMPANHADA EM SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO? () Sim () Não

34. Nome da Unidade de Pré-Natal de Alto Risco _____

35. Tem carteira de Gestante? () Sim () Não

TRANSCRIÇÃO DOS DADOS DA CARTEIRA DE GESTANTE

Data da consulta	Idade gestacional	Peso	Pressão Arterial	Altura uterina	Batimentos cardíco-fetais	Presença de edema	Intercorrências / Terapêuticas

36. VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL

() Dupla Adulto	Nº de doses	Data da última dose
() Hepatite B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/___/___
() DTpa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/___/___
() H1N1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/___/___
() Outras vacinas. Quais? _____		

37. EXAMES NO PRÉ-NATAL						
EXAMES	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO
Grupo sanguíneo ABO						
Fator RH						
Coombs Indireto						
Hemograma completo						
Eletroforese de Hemoglobina						
Glicemia de jejum						
Urina tipo I						
Urocultura com antibiograma						
Sorologia para Sífilis						
Sorologia para Hepatite B						
Sorologia para Toxoplasmose						
Sorologia anti-HIV						
Cultura específica do streptococo B						
Colpocitologia oncótica						
Bacterioscopia da secreção vaginal						
Protoparasitológico de fezes						
Ultrassom						
STORCH Z						
Outros exames						

V - DADOS DO PARTO OU ABORTO

38. A GESTAÇÃO EVOLUIU PARA:
 Parto Aborto Prenhez ectópica Ignorado
 Óbito materno com Nascido vivo Óbito materno com óbito fetal (intra-útero)

39. LOCAL DO PARTO OU ABORTO
 Maternidade/Hospital/Serviço de Saúde No trajeto para o serviço de saúde Via pública
 Domicílio Ambulância/SAMU/RESGATE
 Ignorado Outros: _____

40. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ONDE OCORREU O PARTO OU ABORTO: _____

41. DATA DA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE: ___/___/___ Hora: ___/___/___

42. DATA DA ALTA : ___/___/___

43. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Contrações Sangramento Perda de líquido
 Infecção urinária Óbito fetal Pós-datismo Hipertensão
 Diabetes mellitus Cesárea eletiva Não se aplica Outros : _____

44. DADOS VITAIS NA ADMISSÃO HOSPITALAR:
 Pressão arterial _____ Dinâmica uterina: Presente Ausente
 Nº de Contrações/minuto _____ Dilatação do colo _____ cm
 Apresentação fetal: Cefálica Pélvico Transverso
 Membrana amniótica Íntegra Rota. Há quanto tempo? horas dias meses
 Nº Batimentos cárdio-fetais _____ bpm

45. INTERNAÇÃO POR CAUSAS NÃO OBSTÉTRICAS () SIM Qual o motivo? _____		
46. EXAMES COMPLEMENTARES NA ADMISSÃO HOSPITALAR: () HIV () VDRL () ABO/Rh		
47. DATA DO PARTO/ABORTAMENTO : ___/___/_____ HORA : _____		
48. IDADE GESTACIONAL POR OCASIÃO DO PARTO/ABORTAMENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> semanas		
49. TIPO DE ABORTAMENTO:		
() Não se aplica	() Intencional	() Induzido por razões legais
() Espontâneo	() Induzido por razões médicas	Drogas Utilizadas: _____
50. PROCEDIMENTO USADO NO ABORTAMENTO:		
() Não se aplica	() Abortamento espontâneo completo	() Aspiração manual intra-uterina(sucção)
() Curetagem	() Micro-cesárea	() Ignorado
() Sem informação		
51. INTERCORRÊNCIAS DO ABORTAMENTO () Perfuração () Não se aplica () Não houve		
() Infecção	() Hemorragia	() Outros _____
52. FOI REGISTRADA A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO?		
() Sim	() Não	() Não se aplica () Ignorado
53. FOI UTILIZADO PARTOGRAMA? () Sim () Não () Não se aplica () Ignorado		
54. INTERCORRÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO		
() Não se aplica	() Trabalho de parto prolongado	
() Sangramento	() Amniorrexe prematura	
() Placenta prévia	() Prolapso de cordão	
() Descolamento prematuro da placenta	() Corioamnionite	
() Sofrimento fetal	() Ignorado	
() Eclâmpsia/ Pré eclâmpsia	() Outra. Qual? _____	
() Hipertonia		
55. TIPO DE PARTO		
() Não se aplica	() Vaginal instrumentalizado	() Cesárea
() Vaginal cefálico	() Vaginal pélvico	() Ignorado
56. INDICAÇÃO DA CESÁREA NO PRONTUÁRIO		
() Não se aplica, o parto foi vaginal	() Desproporção céfalo-pélvica	
() Eletiva	() Descolamento Prematuro de Placenta	
() Laqueadura	() Amniorexe prematura	
() Cesárea anterior. Quantas? _____	() Placenta prévia	
() Distócia funcional	() Iminência ou rotura uterina	
() Apresentação anômala	() Sofrimento fetal	
() Cesárea em morte materna iminente ou pós-morte	() Sem informação	
() Patologia materna. Qual? _____	() Outras : _____	
57. INTERCORRÊNCIAS NO PARTO		
() Não houve	() Retenção placentária	
() Laceração de partes moles	() Outra. Qual? _____	
() Atonia uterina	() Ignorado	

58. RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:				
<input type="checkbox"/> Médico. Especialidade: _____		<input type="checkbox"/> Enfermeiro		<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Enfermeiro Obstétrico/Obstetiz		<input type="checkbox"/> Parteira		
VI - DADOS DE ANESTESIA/ANALGESIA				
59. TIPO DE ANESTESIA :				
<input type="checkbox"/> Não realizada		<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Loco-regional		<input type="checkbox"/> Raquidiana	<input type="checkbox"/> Outros métodos de alívio da dor	
60. OUTROS DADOS SOBRE A ANESTESIA:				
Quem realizou? <input type="checkbox"/> Anestesta <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____				
Drogas Usadas _____ . Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas				
Houve intercorrências? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____				
61. INDUÇÃO/CONDUÇÃO DO PARTO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
INDICAÇÃO _____		<input type="checkbox"/> sem informação		
Drogas usadas : _____		<input type="checkbox"/> sem informação		
Dose : _____		<input type="checkbox"/> sem informação		
VII - DADOS DE TRANSFUSÃO DE SANGUE/HEMODERIVADOS				
62. RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
63. DIFICULDADE PARA OBTENÇÃO DE SANGUE/HEMODERIVADOS: <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sem Informação				
VIII - DADOS DO RECÉM NASCIDO				
1º RN	<input type="checkbox"/> Morto	<input type="checkbox"/> Antes do parto	<input type="checkbox"/> Intraparto	<input type="checkbox"/> Sem informação
	<input type="checkbox"/> Vivo	APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
2º RN	<input type="checkbox"/> Morto	<input type="checkbox"/> Antes do parto	<input type="checkbox"/> Intraparto	<input type="checkbox"/> Sem informação
	<input type="checkbox"/> Vivo	APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
3º RN	<input type="checkbox"/> Morto	<input type="checkbox"/> Antes do parto	<input type="checkbox"/> Intraparto	<input type="checkbox"/> Sem informação
	<input type="checkbox"/> Vivo	APGAR 1º MIN: _____	APGAR 5º MIN: _____	PESO: _____ gramas
IX - DADOS DO PÓS PARTO (Até 1 ano após o parto)				
64. COMPLICAÇÕES PÓS PARTO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Ignorado				
<input type="checkbox"/> Sim. Quais?		<input type="checkbox"/> Doenças hipertensivas	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda
<input type="checkbox"/> Infecção		<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Embolias	<input type="checkbox"/> Outras (especificar) _____
Quanto tempo após o parto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses				
XI - DADOS DO ÓBITO				
65. IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO ÓBITO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas				
66. LOCAL DE OCORRÊNCIA :				
<input type="checkbox"/> Serviços de Saúde		<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Em trânsito
<input type="checkbox"/> Outro: _____				
67. Nome da Unidade de Saúde: _____				
Município: _____			UF _____	
68. FOI TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL OU SERVIÇO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
<input type="checkbox"/> Sim. Qual ? _____				
69. O ÓBITO OCORREU :				
<input type="checkbox"/> Durante a gestação com <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas		<input type="checkbox"/> No puerpério até 42 dias		<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Durante o abortamento		<input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após término da gestação		
<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto		<input type="checkbox"/> Mais de 1 ano após		

70. FOI REALIZADA NECRÓPSIA : Não Ignorado Sim Resultado: _____

71. CAUSA DO ÓBITO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ORIGINAL:

PARTE I	Linha	Tempo	CID
	a. _____	_____	_____
	b. _____	_____	_____
	c. _____	_____	_____
	d. _____	_____	_____
PARTE II	_____	_____	_____
Causa Básica: _____			

XII - CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO (Uso do Grupo Técnico e do Comitê)

72. TIPO DE ÓBITO MATERNO :

Obstétrico direto Obstétrico tardio Inconclusivo

Obstétrico indireto Não obstétrico Ignorado

73. ÓBITO EVITÁVEL : Sim Não Inconclusivo

Observações: _____

74. ASSINALE A CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE PARA ESTE CASO:

LISTA BRASILEIRA (Malta e Colaboradores) :

1.1 1.2.1 1.2.2 1.2.3 1.3 1.4 2 3

75. CAUSA BÁSICA DO ÓBITO DEFINIDA APÓS INVESTIGAÇÃO : _____

XIII - RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO (Legenda: 1-Sim 2-Não 3-Inconclusivo)

76. PROBLEMAS ENCONTRADOS APÓS INVESTIGAÇÃO	Falha no acesso	Falha na assistência	RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO
Planejamento familiar			
Pré-natal			
Assistência ao parto			
Assistência ao RN na maternidade			
Assistência à Criança na UBS			
Assistência à criança na urgência			
Assistência à criança no hospital			
Dificuldades da família			
Causas externas			
Organização do sistema/serviço de saúde			
Cobertura da atenção primária			
Referência e contra-referência			
Pré-natal de alto risco			
Leito de UTI - gestante de alto risco			
Leito de UTI neonatal			
Central de regulação			
Transporte inter-hospitalar			
Bancos de sangue			

Nome do Responsável pela investigação _____	Data da investigação ____/____/____ Carimbo e rubrica
Nome do Responsável pela análise e conclusão _____	Data da conclusão ____/____/____ Carimbo e rubrica