

Ficha de investigação do Óbito Fetal e Infantil

Nº de caso no município

Ano

FI-D

Domiciliar

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

I. Informações do feto/da criança

1 Feto / criança Óbito Fetal Infantil, sexo M F Ign., idade ao óbito ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| semanas gest. Meses Dias Horas Min. Ign., peso ao óbito ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| gramas Ign.

DO nº ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data do óbito ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Ign.

DN nº ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Data de nascimento ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Ign.

Nome _____

II. Identificação do entrevistado e dados da mãe.

2 Mãe Pai Outro : Nome do entrevistado: _____

Mãe Nome _____ Ign. Nº do Cartão SUS: _____ Ign.

Idade ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| anos Ign. Raça/cor Branca Preta Amarela Parda Indígena Ign.

Escolaridade (ou último grau de aprovação) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| série ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| grau E. Fundamental E. Médio Curso superior Curso superior incompleto Não estudou Ign.

Endereço _____ Ign. Município: _____ Ign. UF ____|____|____|____|

III. História obstétrica da mãe

3 História obstétrica anterior (excluindo esta gestação)

Se Nº de Gestações anteriores = 00, passe a 4.

3.1 Data do último parto (excluindo esta gestação) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Ign.

Nº Gestações anteriores	Nº Abortos	Nº Partos	Nº Partos Vaginais	Nº Partos Cesáreos	Nº Nascidos Vivos	Nº Nascidos mortos	Vivem hoje	Morreram no primeiro ano de vida
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

3.2 Das crianças que morreram com menos de 1 ano de idade, especificar a idade e a causa do óbito

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Horas Dias Meses Causa do óbito _____

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Horas Dias Meses Causa do óbito _____

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Horas Dias Meses Causa do óbito _____

IV. Pré-natal

4 A gravidez atual foi planejada/programada/ procurada/ desejada? Sim Não Ign.

5 A mãe estava usando algum método anticonceptivo quando ficou grávida? Sim, qual (ais) método(s)? _____ Não, por quê? _____ Ign.

6 A gravidez foi: Única Gemelar Trigemelar ou mais

7 A mãe fez pré-natal nessa gestação? Sim Não, por quê? _____ Ign.

7.1 Quantas consultas a mãe fez no pré-natal? ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Ign. 7.2 Com quantos meses de gestação iniciou o pré-natal? ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Ign.

7.3 Se iniciou o pré-natal depois de 3 meses, por quê? _____ Ign.

7.4 Nome e tipo de estabelecimento onde a mãe fez o pré-natal

1 _____ Tipo: SUS Convênio SUS Particular Outro

2 _____ Tipo: SUS Convênio SUS Particular Outro

3 _____ Tipo: SUS Convênio SUS Particular Outro

7.5 Foi indicado o hospital de referência para o parto? Sim, qual? _____ Não Ign.

7.6 Teve dificuldades no pré-natal em relação a: (especifique)

Consulta _____

Pré-natal de alto risco _____

Exames de laboratório _____

Ultrassonografia obstétrica _____

Medicamentos _____

7.7 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento no pré-natal? Ótimo Bom Regular Ruim Ign. Não se aplica

21 Quem fez o parto? Médico Enfermeira Parteira Pariu sozinha Outro: _____ lgn.

22 Onde ocorreu o parto? Hospital/Maternidade Domicílio Outro: _____ lgn.

(a) Se o parto ocorreu no hospital/maternidade, pergunte de 22.1 a 22.7:

22.1 Foi no primeiro local procurado? Sim Não, por quê? _____ lgn.

Se Não, listar os hospitais procurados: _____

22.2 Foi no local indicado no pré-natal? Sim Não, por quê? _____ lgn.

22.3 Como a mãe foi transportada para o local? SAMU / Ambulância Outros: _____ lgn.

22.4 Quanto tempo demorou em ser examinada depois que chegou ao hospital? <30 minutos de 30 minutos a 2 horas >2 horas lgn.

22.5 Antes que a mãe ingressasse a sala de parto, a equipe de saúde conferiu: Pressão arterial Contrações uterinas Toque vaginal lgn.

Ausculta do feto Apresentação do feto Nenhuma das anteriores Não aplica

22.6 As batidas do coração do bebê antes de nascer eram: normais anormais ausentes lgn.

22.7 O bebê estava bem quando nasceu? Sim Não, por quê? _____ lgn.

22.8 O bebê mamou no peito logo que nasceu? Sim, na 1ª hora de vida Sim, após a 1ª hora de vida Não lgn.

22.9 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento hospitalar no parto? Ótimo Bom Regular Ruim lgn.

(b) Se o parto não ocorreu no hospital/maternidade, pergunte de 22.10 a 22.15:

22.10 Por que o parto não ocorreu no hospital? _____ lgn.

22.11 Indique se, ao nascer, o bebê: Chorou Respirou Mexeu braços e pernas Teve batimentos do coração lgn.

22.12 Qual a cor da pele do bebê ao nascer? Rosada Roxa Outra: _____ lgn.

22.13 Que instrumento foi usado para cortar o cordão umbilical? Tesoura Faca Outros: _____ lgn.

22.14 O bebê mamou no peito logo que nasceu? Sim, na 1ª hora de vida Sim, após a 1ª hora de vida Não Não se aplica lgn.

22.15 O bebê foi encaminhado ao hospital após nascer? Sim Não Não se aplica lgn.

Se Sim, a qual hospital? _____

Se Sim, como foi levada ao hospital? SAMU/Ambulância Outros: _____

VI. Informações sobre o bebê que nasceu morto Não se aplica

23 A morte do bebê ocorreu: Antes do parto Durante o parto lgn.

24 Foram utilizadas medidas de reanimação (intubação endotraqueal ou massagem cardíaca)? Sim Não lgn.

25 Se o parto foi hospitalar, quem atendeu o bebê na sala de parto? Médico Outro: _____ Não se aplica lgn.

VII. Sobre o bebê que nasceu vivo no hospital ou foi levado vivo ao hospital imediatamente após nascimento Não se aplica

26 O bebê ficou internado após o nascimento? Sim, responda os subitens. Morreu imediatamente Não lgn.

26.1 Por quantos dias? |__|__| lgn.

26.2 Foi internado na UTIN? Sim Não lgn.

26.3 Foi transferido para outro hospital? Sim, qual? _____ Não lgn.

26.4 A mãe ou familiar ficou junto com a criança? Sim Não lgn.

27 No momento da alta do bebê, a mãe ou responsável recebeu orientações para cuidados com a criança em relação a:

Aleitamento

Cuidados com o umbigo

Primeira consulta ambulatorial do bebê

Observação de icterícia

Teste do pezinho

Vacinas

Procurar consulta especialista, qual: _____ Não recebeu lgn.

28 Quando saiu do hospital/ maternidade, o bebê estava bem? Sim Não, por quê? _____ lgn.

29 Como a mãe (entrevistado) avalia o atendimento hospitalar do bebê? Ótimo Bom Regular Ruim lgn.

VIII. Informações após alta do hospital/maternidade Não se aplica

30 Durante quanto tempo a criança mamou no peito? |__|__| dias meses Não mamou no peito lgn.

31 Com que idade a criança iniciou uso de outros alimentos, incluindo outros leites? |__|__| dias meses Não se aplica lgn.

32 Em qual serviço de saúde a criança era avaliada? Estabelecimento do SUS Convênio SUS Particular Não teve acompanhamento Ign.

32.1 Nome do estabelecimento: _____

32.1 Se não teve acompanhamento, por quê? _____

33 A criança recebia visita da equipe de saúde em sua casa? Sim Não Ign.

34 O Cartão da Criança está disponível? Sim Não, passe a 35 Ign.

34.1 Data da última consulta |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|_| Idade _____ Peso _____ Ign.

34.2 Vacinação completa para a idade? Sim Não, por quê? _____ Ign.

35 Antes da doença que causou a morte, a criança foi internada? Sim Não Ign.

35.1 Se "Sim", indique quantas vezes, os motivos e a idade da criança em cada internação.

IX. Informações sobre a doença que levou à morte Não se aplica

36 Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?

Febre Cansaço Tosse Diarreia Recusa de alimentos
 Vômitos Acidente Lesão no corpo Outros _____ Ign.

37 Durante esta doença, teve alguma dificuldade de acesso (especifique):

A Unidade de Saúde? _____
 A Emergência hospitalar? _____
 A Medicamentos? _____
 A Exames complementares? _____

38 Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde ou médico particular?

|__|_|_| |__|_|_|_|_|_| Horas Dias Ign.

39 Na doença da criança, quais serviços de saúde procuraram e quais os motivos? O atendimento da criança foi Ótimo (1), Bom (2), Regular (3), Ruim (4)? (Não sabe=9)

Nome do Estabelecimento/Serviço	Motivo	O atendimento foi:
_____	_____	__ _ _
_____	_____	__ _ _
_____	_____	__ _ _

X. Informações sobre o óbito

40 O óbito ocorreu: No hospital No domicílio Em outro estabelecimento de saúde Na via pública Outro: _____

41 "Do que você acha que o feto/recém-nascido/criança morreu?" Anotar um breve relato segundo as palavras do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".

42 "O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai do natimorto?" Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, problemas congênitos e/ou genéticos e situações de risco no domicílio e no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a).

XI. Informações complementares

43 Observações e informações complementares ou esclarecimentos do entrevistador.

44 Carimbo e rubrica do investigador: _____

49 Data da finalização da coleta de dados domiciliares: |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|_|