

Ficha de investigação do Óbito Materno

Nº de caso no município

Ano

M-A

Ambulatorial

(Prontuário do atendimento ambulatorial; cartão da gestante)

I. Identificação da falecida

1 Nome

2 Nº da DO

3 Data do óbito

4 Idade ao óbito (anos)

5 Data de Nascimento

6 Residência:

7 Município de Residência:

8 Município de Ocorrência:

II. Identificação do estabelecimento de saúde

9 Nome do Estabelecimento:

9.1 Tipo:

9.2 Município de localização:

III. Antecedentes obstétricos e não obstétricos

10 Gestações anteriores:

10.1 Data do último parto:

10.2 Problemas de saúde durante as gestações prévias:

11 Fazia uso de algum método anticoncepcional quando engravidou?

12 Doenças/fatores de risco:

IV. Pré-Natal

13 Nº de consultas pré-natal:

14 Data da última menstruação

15 Idade gestacional:

16 Foi indicado o hospital de referência para o parto?

17 Foi encaminhada para o pré-natal de alto risco?

17.1 Idade gestacional no encaminhamento:

17.2 Foi atendida no pré-natal de alto risco?

18 Condições de risco ou patológicas durante a gravidez:

19 Internações durante a gestação:

20 Medicações de uso durante a gravidez: ☐ Sim; quais ☐ Não ☐ Ign.

21 Esquema de vacinação contra o tétano ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ Reforço ☐ Imune ☐ Não vacinada

22 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar? ☐ Sim, (motivo) ☐ Não ☐ Ign.

23 Fez uso de ácido fólico no primeiro trimestre da gravidez? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.

24 Fez uso de ferro durante a gravidez? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.

25 No quadro abaixo, copie as informações das consultas do **Pré-Natal** do prontuário ou do **Cartão da Gestante** quando disponível:

	Data	Idade gestacio- nal (semanas)	Peso (kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento car- diofetal (bpm)	Altura do útero (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Prof.*
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

* Assinalar o profissional que atendeu: 1. Médico Ginecologista – obstetra. 2. Médico não ginecologista – obstetra. 3. Enfermeiro. 4. Outro

Copie os **resultados** dos exames de pré-natal no trimestre correspondente e a conduta (quando for o caso) adotada para cada situação.

	Exames no pré-natal	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)
1	Hb/Ht				
2	Grupo sanguíneo ABO				
3	Fator Rh				
4	Coombs direto				
5	Glicemia de jejum				
6	Toxoplasmose IgM				
7	Curva de tolerância à glicose				
8	Urina rotina				
9	Urocultura				
10	HBsAg				
11	Teste HIV				
12	VDRL				
13	Ultrasonografia				
14					
15					

V. Outras informações

Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito: informações pertinentes disponíveis nos registros de atenção básica, de urgência – emergência, ou ambulatórios especializados. Inclui o atendimento ambulatorial no puerpério.

	AB	UE	Data	Local do atendimento	Idade gestacio- nal (semanas)	Peso (kg)	Queixa/diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Prof.*
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

AB, atenção básica (PSF). UE, serviço de urgência/emergência.

* Assinalar o profissional que atendeu: 1. Médico Ginecologista – obstetra. 2. Médico não ginecologista – obstetra. 3. Enfermeiro. 4. Outro

28 Nome e rubrica do responsável pela investigação:

29 Data do encerramento da investigação ambulatorial: / / Informação em folhas anexas ☐ Sim ☐ Não