

Ficha de investigação do Óbito Materno

Nº de caso no municípioAno

M-ED

Domiciliar

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:

Município de Residência:

UF

II. Informações do entrevistado

7 Nome:

8 Relação do entrevistado com a falecida:

III. Características da falecida

9 Escolaridade (ou último grau de aprovação)

10 Raça/cor

11 Estado civil

IV. Antecedentes não obstétricos

12 Ela apresentava algum problema de saúde antes da gestação atual? (especifique na linha inferior se necessário)

13 Ela fazia algum tratamento, tomava alguma medicação rotineiramente?

13.1 Se Sim, quais medicamentos?

V. Antecedentes obstétricos

14 Gestações anteriores:

14.1 Data do último parto:

14.2 Problemas de saúde durante as gestações prévias:

Se Sim, quais?

15 Fazia uso de algum método anticoncepcional quando engravidou?

VI. Pré-natal

16 A gravidez foi:

17 Ela fez pré-natal?

17.1 Nº de consultas de pré-natal

17.2 Semanas de gestação na 1ª consulta

17.3 Semanas de gestação na última consulta

17.4 Local do pré-natal:

17.5 Considerada gestação de alto risco?

17.6 Encaminhada para o PNAR*?

17.7 Semanas de gestação no encaminhamento

17.8 Local do PNAR

