

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM CAUSA MAL DEFINIDA

Município _____ Nº da DO _____ Causa Básica _____

Nome _____ Nome da mãe _____

Data do óbito _____ Data de nascimento _____ Idade _____ Sexo ☐ M ☐ F

Local de ocorrência do óbito

☐ Estabelecimento de Saúde
☐ Domicílio
☐ Via Pública
☐ Outros / Ignorado

Óbito materno

a morte ocorreu durante

☐ gravidez
☐ parto
☐ aborto
☐ puerpério

Óbito por causa externa (especificar a causa)

☐ Acidente _____
☐ Suicídio _____
☐ Homicídio _____
☐ Outros _____

Fonte da Informação

☐ Boletim de ocorrência ☐ Familiares
☐ Est. de Saúde ☐ Outras

Óbito fetal ou infantil

☐ fetal ☐ neonatal ☐ pós neonatal

no caso de óbito fetal ou infantil, anotar o peso ao nascer, em gramas _____

A) Investigação no Estabelecimento de Saúde

Nome do Est. de Saúde _____ Nº do Prontuário _____

Data da internação _____

Data da alta _____

Motivo da alta

☐ Cura
☐ Óbito
☐ Evasão
☐ Saída por solicitação da família

Estado do paciente na hospitalização

☐ Consciente ☐ Agonizante
☐ Inconsciente ☐ Sem vida

Procedência do paciente	próprio município	outro município
domicílio	☐	☐
transferido de outro Est. de Saúde	☐	☐
enc. de outro Est. de Saúde	☐	☐
enc. da Unidade Básica de Saúde	☐	☐
enc. de ser. de saúde ambulatorial	☐	☐

Hipótese diagnóstica na internação _____

Causa do óbito registrada no prontuário _____

Principais exames e procedimentos realizados _____

B) Investigação na Unidade Básica de Saúde do Programa Saúde da Família

Nome da Unidade Básica _____ Nº do Prontuário _____

Data de inclusão no PSF _____ Data de exclusão do PSF _____

Nº de consultas na UBS durante o último ano

O paciente apresentava patologia crônica que exigia atendimento contínuo? _____ Caso afirmativo, cite a(s) patologia(s) _____

O paciente recebia atendimento médico domiciliar? _____ Por quê? _____

C) Investigação Domiciliar

O paciente fazia tratamento de saúde? _____ Para qual agravo de saúde? _____

O paciente fazia uso de medicamentos? _____ Quais? _____

Antecedentes patológicos e fatores de risco

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| ☐ | Hipertensão arterial |
| ☐ | Diabetes |
| ☐ | Neoplasia |
| ☐ | Cardiopatia |
| ☐ | Tuberculose |
| ☐ | Aids |
| ☐ | Tabagismo |
| ☐ | Alcoolismo |
| ☐ | Baixo peso ao nascer |

Durante o último ano, o paciente foi hospitalizado

_____ vezes por

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| ☐ | Insuficiência cardíaca | ☐ | Infecção respiratória aguda |
| ☐ | Cardiopatia | ☐ | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| ☐ | Infarto agudo do miocárdio | ☐ | Asma brônquica |
| ☐ | Acidente vascular cerebral | ☐ | Pneumonia |
| ☐ | Neoplasia | ☐ | Tuberculose |
| ☐ | Diabetes | ☐ | Infecções intestinais ou diarreias |

especificar outro motivo _____

Descrição referida pelos familiares dos sinais e sintomas que o paciente apresentou durante a doença que o levou ao óbito

Resultado dos exames, radiografias e ultrassonografias realizados pelo paciente e que se encontram em poder dos familiares, relevantes para

identificar a causa que levou ao óbito _____

D) Investigação em outros locais

CARTÓRIO O óbito foi registrado sem a DO? _____ Por que? _____

IML (anexar cópia do BO) Laudo da necropsia _____

SVO (anexar cópia do BO) Laudo da necropsia _____

FUNASA obito registrado no SIASI _____

Conclusão da investigação

Causas do óbito _____

Responsável pela investigação _____ Data _____

Coordenador da Vigilância Epidemiológica _____ Data _____