



Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)
	Nº
	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado
	Local
	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência
	UF
6	Nº do Cartão SUS
7	Equipe/PACS/PSF
	<input type="checkbox"/> sem cobertura
8	Centro de Saúde/UBS
9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
10	Nome do(a) entrevistado(a)
10.1	Relação com a Falecida
	<input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA	
11	Qual a idade da falecida?
	____ anos
12	Qual era a raça/cor da falecida?
	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
	<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> não sabe
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação)
	<input type="checkbox"/> série <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe
13.1	Assinalar qual a escolaridade
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola
	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Não sabe
14	Ela vivia com um companheiro?
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
15	Qual o estado civil?
	<input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde?
	<input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
17	Quantas pessoas moram nesta casa?
	____ pessoas <input type="checkbox"/> não sabe
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?
	____ torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe
HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
Para este bloco, excluir a gestação atual.	
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta?
	____ vezes <input type="checkbox"/> não sabe
19.1	Essas gravidezes resultaram em
	____ abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe
19.2	Tipo(s) de parto(s)
	____ partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe
20	Qual a data do último parto ou aborto
	____ <input type="checkbox"/> não sabe
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?
	<input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro
	<input type="checkbox"/> doença do coração <input type="checkbox"/> sífilis <input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã <input type="checkbox"/> outra. Especificar _____

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. pulmonar, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental	<input type="checkbox"/> não sabe

23 Fazia algum tratamento? sim não não sabe

23.1 Qual? (Anotar todos que referir)

24 Ela menstruava? sim não não sabe

24.1 Sangrava muito durante o período menstrual? sim, por quanto tempo? não não sabe

24.2 Sangrava entre os períodos menstruais? sim, por quanto tempo? não não sabe

25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? sim não não sabe

25.1 Em caso negativo, por que não? Queria engravidar Não tinha acesso ao serviço não sabe
 O serviço de saúde não tinha método Outra situação

26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)? sim não não sabe

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

27 A gravidez foi única gemelar trigemelar ou mais não sabe

28 Quando ela morreu? Durante o aborto No parto, até uma hora após o parto
 Após o aborto No puerpério, até 42 dias do término da gestação
 Na gestação Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
 Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer não sabe

29 Ela fez pré-natal? sim não não sabe

29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal? meses não sabe

29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal? meses não sabe

29.3 Quantas consultas fez no pré-natal? consultas não sabe

29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal _____
 Código CNES _____

29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal cartão não disponível

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta

30 Foi considerada gestante de alto risco? sim não não se aplica não sabe

30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Com quantas semanas?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="checkbox"/> não sabe
30.3	Local do PN de alto risco			<input type="checkbox"/> não sabe
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> não sabe
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe		
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quais medicamentos usou?	<input type="text"/>		
34	Se não fez pré-natal, por quê não?			<input type="checkbox"/> não se aplica
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?	<input type="text"/>		
35.2	Durante a gravidez apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> inchaço, onde <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> dores de cabeça <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos) <input type="checkbox"/> outra		
PARTO OU ABORTO				
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>		
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais
		<input type="checkbox"/> não sabe		
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe

38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher		<input type="checkbox"/> outro. Qual? _____	
		<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____		<input type="checkbox"/> não sabe	
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente
		<input type="checkbox"/> pariu sozinha		<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal		<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro		<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar		<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio		<input type="checkbox"/> tristeza/depressão	
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> semanas	
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
39.7	Qual foi a causa do aborto?				
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal		<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro		<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar		<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio		<input type="checkbox"/> tristeza/depressão	
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar	
41.1	Endereço do local do óbito	<input type="checkbox"/> não sabe			
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu	<input type="checkbox"/> não se aplica			
		Código CNES _____			
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI		<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> Enfermaria		<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico		<input type="checkbox"/> outro	

