



Autópsia Verbal

Pessoa com 10 anos e mais -
mulher em idade fértil

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Nº do Caso

Complemento da entrevista domiciliar

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência natural da Questão 51 da **Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar (M3)** se uma das alternativas da Questão 12 da **Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de possível óbito materno (MIF)** estiver assinalada (causa mal definida) e se a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.

1	Nome do(a) falecido(a)										
2	Nome da mãe										
3	Data de nascimento	____	4	Data do óbito	____						
5	Idade	____	anos completos								
6	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	<input type="checkbox"/> sim	Nº DO	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
7	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe							
8	Local do sepultamento										
LOCAL DA ENTREVISTA											
9	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)			Nº	Compl						
	Bairro	Distrito / Povoado		Telefone							
	Município	UF	____	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural						
	Ponto de Referência										
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A)											
10	Nome do(a) entrevistado(a)										
11	Qual sua relação com a falecida	<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> irmão(ã)	<input type="checkbox"/> outro						
FATORES DE RISCO											
12	Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe							
12.1	Há quanto tempo?	____	meses	____	anos	<input type="checkbox"/> não sabe					
12.2	Com que frequência?	____	vezes por	____	(dia, semana, mês ou ano)	<input type="checkbox"/> não sabe					
13	Fumava?	<input type="checkbox"/> sim,	____	cigarros	<input type="checkbox"/> charutos	<input type="checkbox"/> cachimbadas	por	____	(dia, semana, mês ou ano)	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
13.1	Há quanto tempo?	____	meses	____	anos	<input type="checkbox"/> não sabe					
14	Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)?	<input type="checkbox"/> sim,	____	<input type="checkbox"/> ex-usuário	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
15	Sofreu algum ferimento/acidente/agressão?	<input type="checkbox"/> sim,	____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
16	A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência?	<input type="checkbox"/> sim: passe à Questão 57	<input type="checkbox"/> não: continue com a Questão 18								
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE											
17	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	____	anos	____	meses	____	dias	<input type="checkbox"/> não sabe			

18	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
18.1	A febre era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
18.2	A febre era muito alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
18.3	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
18.4	Também teve calafrios e/ou arrepios?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
19	Perdeu peso durante a doença?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> quilos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
20	Estava muito fraca?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
21	Estava descorada e pálida (teve palidez)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
22	Estava com os olhos fundos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23	Teve tosse?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.1	A tosse era frequente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.2	Tossia somente quando estava deitada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.3	Vomitava quando tossia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.4	A tosse era produtiva com catarro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.5	Tossia com sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
24	Teve falta de ar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
24.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários ?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
24.2	Teve falta de ar quando estava deitada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
24.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
25	Ficou arroxeadada (cianótica) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
25.1	Onde?	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> não sabe
26	Teve dor no peito?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> gradualmente	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.2	Quanto tempo durava?	<input type="checkbox"/> menos de meia hora	<input type="checkbox"/> de meia hora a 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe
26.3	Onde era a dor?	<input type="checkbox"/> no peito à esquerda, abaixo das costelas	<input type="checkbox"/> no esterno (osso no meio do peito titela)		
		<input type="checkbox"/> no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> no peito à direita			
26.4	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.5	Piorava quando tossia ou respirava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.6	Piorava quando fazia esforço?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	

26.8	Ficava pálida e suando?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27	Teve dor em outro local do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
28.1	A diarreia era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
28.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> _____ vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
28.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.4	As fezes pareciam borra de café?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
29.1	Quantas vezes por dia?	<input type="checkbox"/> _____ vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
29.2	Como era o vômito?	<input type="checkbox"/> líquido ou coagulado de cor vermelho vivo	<input type="checkbox"/> outra _____	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> líquido e cor de café		
30	Teve dores de barriga/cólicas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
30.1	A dor/cólica era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> gradualmente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias		<input type="checkbox"/> não sabe
32	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
32.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga	
33	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
34	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
35	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
35.2	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
35.3	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
36	Esteve mentalmente confusa?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
36.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias) <input type="checkbox"/> não sabe
37	Chegou a ficar inconsciente (desacordada)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
37.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias) <input type="checkbox"/> não sabe
38	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

39	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
40	Teve rigidez de todo o corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
41	Teve paralisia num lado do corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
41.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)	<input type="checkbox"/> não sabe			
41.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	<input type="checkbox"/> os dois lados	<input type="checkbox"/> não sabe			
42	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe			
42.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)	<input type="checkbox"/> não sabe			
43	Teve dificuldades de urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
43.1	Urinava de pingo em pingo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
44	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
45	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
46	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
46.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou	<input type="checkbox"/> não sabe			
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe				
47	Teve feridas na boca?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
48	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
48.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____		
48.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____		
49	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
49.1	Onde?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____				
50	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
50.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
51	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
51.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> _____
52	Teve inguás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
52.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila	<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe		
53	Os olhos ficaram de coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
54	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe				
54.1	Que tipo de alteração?	<input type="checkbox"/> ferida	<input type="checkbox"/> caroço/nódulo	<input type="checkbox"/> inchaço	<input type="checkbox"/> não sabe			

55	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
55.1	Como era esse corrimento?	<input type="checkbox"/> com mau cheiro	<input type="checkbox"/> sanguinolento	<input type="checkbox"/> esverdeado	<input type="checkbox"/> amarelado	<input type="checkbox"/> não sabe
HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA						
56	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
56.1	Qual?	<input type="checkbox"/> acidente de trânsito _____	<input type="checkbox"/> corte	<input type="checkbox"/> afogamento		
		<input type="checkbox"/> envenenamento/intoxicação _____	<input type="checkbox"/> sufocação	<input type="checkbox"/> queimaduras		
		<input type="checkbox"/> queda _____	<input type="checkbox"/> pancada	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> outro _____				
56.2	Como, onde e quando aconteceu?	_____				
57	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU A MORTE						
58	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
58.1	Onde foi a última internação?	_____				
58.2	Qual a data do último atendimento neste hospital antes da morte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe			
58.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
58.4	O que ele disse?	_____				
58.5	Qual foi o tratamento indicado?	_____				
59	Foi atendida em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
59.1	Onde foi o último atendimento?	_____				
59.2	Qual a data do último atendimento neste estabelecimento antes da morte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe			
59.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
59.4	O que ele disse?	_____				
59.5	Qual foi o tratamento indicado?	_____				
60	Foi operada por causa da doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
60.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe		
60.2	Que parte do corpo foi operada?	_____ <input type="checkbox"/> não sabe				

