



SVO

IML

RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa

Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal

Nº Cartão SUS: _____ Nº Registro: _____ R.G.: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade.: ____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Raça/Cor: Amarela Branca Indígena Pardo Preta Ocupação: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e + Ignorado
(em anos de estudo)

Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Óbito em Mulheres (10 a 49 anos)

A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: Sim Não Ignorado

A morte ocorreu durante o puerpério: Sim, até 42 dias Sim, de 43 dias a 1 ano Não Ignorado

ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO

Informações sobre a Mãe

Ocupação: _____ Idade: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e + Ignorado
(em anos de estudo)

Duração da Gestação: Menos de 22 semanas 28 a 31 semanas 37 a 41 semanas
 22 a 27 semanas 32 a 36 semanas 42 e + semanas Ignorado

Tipo de Gravidez: Única Dupla Tripla e + Ignorado

Tipo de Parto: Vaginal Cesária Ignorado

Morte em Relação ao Parto

Antes Durante
 Depois Ignorado

Peso ao Nascer: _____ Gramas

Nº Declaração Nascido Vivo: _____

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Morbidade Informada: Acidente Suicídio Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada

Acidentes

Acidente de Trânsito (Informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículo onde estava a vítima: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento Fogo/Incêndio Arma de fogo Intoxicação Choque elétrico Arma branca

Ignorado Outro: _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado

Intoxicação/Envenenamento Asfixia Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Substância: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Meios não especificados Outros meios: _____

Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Endereço: _____

Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Local de Ocorrência do Óbito: Hospital Via Pública Residência Trabalho Outro Ignorado

Endereço: _____

Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

Fonte de Informação: Boletim de Ocorrência Familiar Outros Ignorada

Informações do Serviço Médico

Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internamento: ____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico apresentado ao chegar ao Hospital: _____

Lesões apresentadas em Regiões do Corpo: _____

Síntese da história Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia):

Atendimento Realizado no Hospital

Clínico: _____

Cirúrgico (Tipo de Cirurgia): _____

Retirada de Corpo Estranho: Não Sim. Tipo: _____
(se retirar, enviar ao IML)

Causa (s) possível do Óbito: _____

Outras Informações que julgar necessário: _____

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Data: ____/ ____/ ____

Assinatura: _____