Supervisão:	VD	VH	
Data do óbito:	Data de nascimento:	DO	DN
Nome /Idade da criança:	Peso ao nascer:	Apgar 1º min =	Apgar 5ºmin =
Sexo/cor: DO	DN	Hospital de ocorrência do óbito:	
Nome/ Idade da mãe:	Hospital de ocorrência do nascimento:		
Estado civil:	Escolaridade da mãe:		
N° de consultas de pré-natal:	Inicio/fim:	Idade gestac (sem):	
Gestações/paridade:	Tipo de parto:		
Gravidez de risco:	Partograma:	Pediatra na sala de parto	
Causa segundo a mãe:	Malformação em DN:		

Causa do óbito - Declaração de Óbito	Causa do óbito – Comitê Regional	Causa do óbito - final
( ) Hospital ( ) SVO ( )IML a. b. c. d. Parte II	a. b. c. d. Parte II	a. b. c. d. Parte II

Resumo do óbito após investigação:

Eventos associados ao óbito

( ) Inevitável
( ) Inadequado controle na gravidez
( ) Inadequada atenção ao parto
( ) Inadequada atenção ao RN
( ) Não é possível caracterizar – faltam dados
( ) Nenhum fator evitável
( ) Recursos terapêuticos e/ou tecnológicos não disponíveis
( ) Recursos não disponíveis

Observações/providências sugeridas e desencadeadas para prevenção	**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**