

### INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL – VISITA DOMICILIAR

1) Supervisão/SUVIS:

3) Visita domiciliar - VD :  Sim. Informante:

- Não. Motivo:  endereço não localizado:  nº não existe  rua não existe  
 endereço falso. Estabelecimento comercial. Qual?  
 mudou  
 recusou-se a dar entrevista  
 morador ausente no momento da VD  
 falta de viatura  
 não é moradora da região. Cidade e endereço:  
 outro. Qual?

4) Visita domiciliar realizada por: Nome:

UBS:

Categoria profissional:  enfermeira  médico  auxiliar de enfermagem  assistente social  
 outro. Qual?

7) Prontuário Pré-natal:  Sim  Não. Motivo:

8) Prontuário Puericultura:  Sim  Não. Motivo:

#### DADOS GERAIS

12) Nome da criança:

13) Idade:

14) Data do óbito:

Hora

15) Data de nascimento:

Hora

18) Sexo:  masc  fem  indeterminado  SR

Raça/cor:  branca  preta  amarela  parda  indígena  SR

20) Nome da mãe:

20) Idade:

21) Endereço de residência:

22) Estado civil:  solteira  casada  união estável  viúva  separada judicialmente/divorciada  ign

23) Escolaridade da mãe (anos):  nenhuma  1 a 4  5 a 8

9 a 11  superior incompleto  superior completo  ign

24) Ocupação:

ign

#### PRÉ-NATAL

25) Nº de gestações anteriores:

ign

26) Nº de óbitos fetais anteriores:

ign

27) Nº de partos de nascidos vivos anteriores:  vaginal  cesárea  vaginal com fórceps  ign

28) Nº de óbitos infantis anteriores:  ign  Idade e motivo:

29) Doenças prévias à gravidez:  ign  não  Hipertensão arterial  diabetes  cardiopatia  obesidade  
mórbida. Peso e altura:  outras. Quais?

30) Gestação planejada:  ign  sim  Não. Por que acha que engravidou?

31) Hábitos:  ign  nenhum

Fumante: Qtos cigarros/dia? Há quanto tempo? Fumante na residência?

Álcool: Qto?  Diariamente  ocasionalmente

Substâncias psicoativas:  inalantes  crack  maconha  cocaína

outros medicamentos sem prescrição médica. Quais?

32) Data da última menstruação:

33) Data provável do parto:

34) Nº de consultas de pré-natal:

não realizado. Por que?

35) Locais do pré-natal:  UBS. Nome

Ambulatório de Especialidades/ Hospital SUS. Nome

convênio. Nome:

particular. Nome:

ign

36) Início do pré-natal(data e idade gestacional): ( ) ign Se tardio, por que?	37) Última consulta de pré-natal (data e idade gestacional): ( ) ign Intervalo entre a última consulta e o parto maior que uma semana? ( ) não ( ) sim.Por que?
--	---

38) Intercorrências na atual gestação: ( ) ign ( ) não ( ) DHEG ( ) diabetes gestacional  
( ) ITU. Quantas? Tratamento:

39) Medicamentos em uso na atual gestação: ( ) ign

40) Sorologias: HIV: 1º trim: ( ) negativa ( ) positiva. Tratamento?  
( ) ign ( ) não realizado Por que?  
3º trim: ( ) negativa ( ) positiva. Tratamento?  
( ) ign ( ) não realizado Por que?  
VDRL: 1º trim: ( ) negativa ( ) positiva. Tratamento?  
( ) ign ( ) não realizado Por que?  
3º trim: ( ) negativa ( ) positiva. Tratamento?  
( ) ign ( ) não realizado Por que?  
Hepatite B: ( ) negativa ( ) positiva ( ) ign ( ) não realizado Por que?  
Rubéola: ( ) negativa ( ) positiva ( ) ign ( ) não realizado Por que?  
Toxoplasmose: ( ) negativa ( ) positiva Tratamento?  
( ) ign ( ) não realizado Por que?  
Outras:

41) Tipo sanguíneo: ( ) ign ABO: Rh Coombs indireto:

42) Glicemia de jejum:

43) Urocultura: ( ) ign ( ) não  
( ) 1º trim. Data e resultado:  
( ) 2º trim. Data e resultado:  
( ) 3º trim. Data e resultado:

44) Cultura Strepto B: Data e resultado: ( ) ign ( ) não realizada. Motivo:

45) USG obstétrico: ( ) ign ( ) não ( ) sim. Nº e resultados relevantes:

46) USG morfológico:( ) ign ( ) não ( ) sim. Nº e resultados relevantes:

47) Gestação de risco: ( ) ign ( ) Não ( ) Sim. Motivo:

Encaminhamento (local, início de atendimento e nº de consultas)

48) Maternidade de Referência para o parto:

**49) Resumo do prontuário de pré-natal**

Nº	Profissional M- médico E-enfermeira	Data dd/mm/aa	Idade gestacional DUM	Idade gestacional USG	Peso	Altura uterina	Pressão arterial	Conduta/orientações/ Intercorrências/ (Dados relevantes)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

**INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PERÍODO ENTRE A ÚLTIMA CONSULTA E O PARTO**

50) Motivo da procura do serviço de saúde: ( ) Ruptura da bolsa ( ) Contrações ( ) Sangramento ( ) O bebê parou de mexer ( ) Passou o dia de ter o bebê ( ) Outro: ( ) ign

51) Tempo entre o início do trabalho de parto e a procura de um serviço de saúde: \_\_\_\_\_ horas/dias ( ) ign  
Se demorou mais de 2 horas, qual foi o motivo?

52) Serviço que procurou: ( ) UBS/ PSF/PAC. Nome:  
( ) PS/AMA. Nome:  
( ) Hospital. Nome:  
( ) Outro.Qual? Por que não procurou hospital de referência?  
( ) ign

