

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO PARA CAUSAS NATURAIS

PRO-AIM

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade

CEInfo

Coordenação de Epidemiologia e Informação

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



USOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

- Interesse legal
- Interesse demográfico
- Interesse epidemiológico



Dados digitados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
para planejamento de ações de saúde

USOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

TABNET: livre acesso à tabulação de dados sobre mortalidade

The screenshot shows the website for the Prefeitura de São Paulo, specifically the 'Secretaria Municipal da Saúde' section. The page is titled 'Mortalidade no município de São Paulo'. On the left, there is a sidebar with a menu for 'TABNET' and various health-related categories. The main content area lists several types of mortality data, including 'Mortalidade Geral', 'Mortalidade Infantil', and 'Coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária'. There are also social media sharing options for Twitter and Google+. At the bottom of the page, there is a footer with copyright information and contact details for the Prefeitura de São Paulo.

The screenshot shows the TabNet interface for 'Mortalidade Geral'. It features a header with 'CEInfo' and 'TabNet' logos. Below the header, there are links for 'Instruções de Uso' and 'Notas Técnicas'. The main content area is divided into three columns: 'Linha', 'Coluna', and 'Conteúdo'. The 'Linha' column has a dropdown menu with options: 'Local Ocor >=2001', 'Estab de saude', 'Dist Adm Resid', and 'SubPref/Dist Adm'. The 'Coluna' column has a dropdown menu with options: 'Não ativa', 'Local Ocor >=2001', 'Dist Adm Resid', and 'SubPrefeitura Res'. The 'Conteúdo' column has a dropdown menu with options: 'Óbitos Residentes MSP', 'Óbitos Ocorridos MSP', 'Coef bruto mort p/ homicídio', and 'Coef bruto mort p/ aids'. Below this, there are sections for 'Períodos Disponíveis' (2012, 2011, 2010, 2009) and 'Seleções Disponíveis' (Local Ocor >=2001, Estab de saude, Dist Adm Resid, SubPrefeitura Res, Superv saúde resid, Coord Reg de Saúde). Each selection has a dropdown menu with various categories and sub-categories.

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/mortalidade/index.php?p=6529>

LEGISLAÇÃO



Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.216/1975

ATO MÉDICO! *
Código de Ética Médica

- É vedado atestar o óbito que:
 - a) não verificou pessoalmente;
 - b) não prestou assistência.
- É vedado deixar de atestar o óbito em que prestou assistência, conhece a causa básica de morte e constatou o óbito, exceto nas suspeitas de morte violenta (causa externa).

Resolução CFM nº 1.931/2009

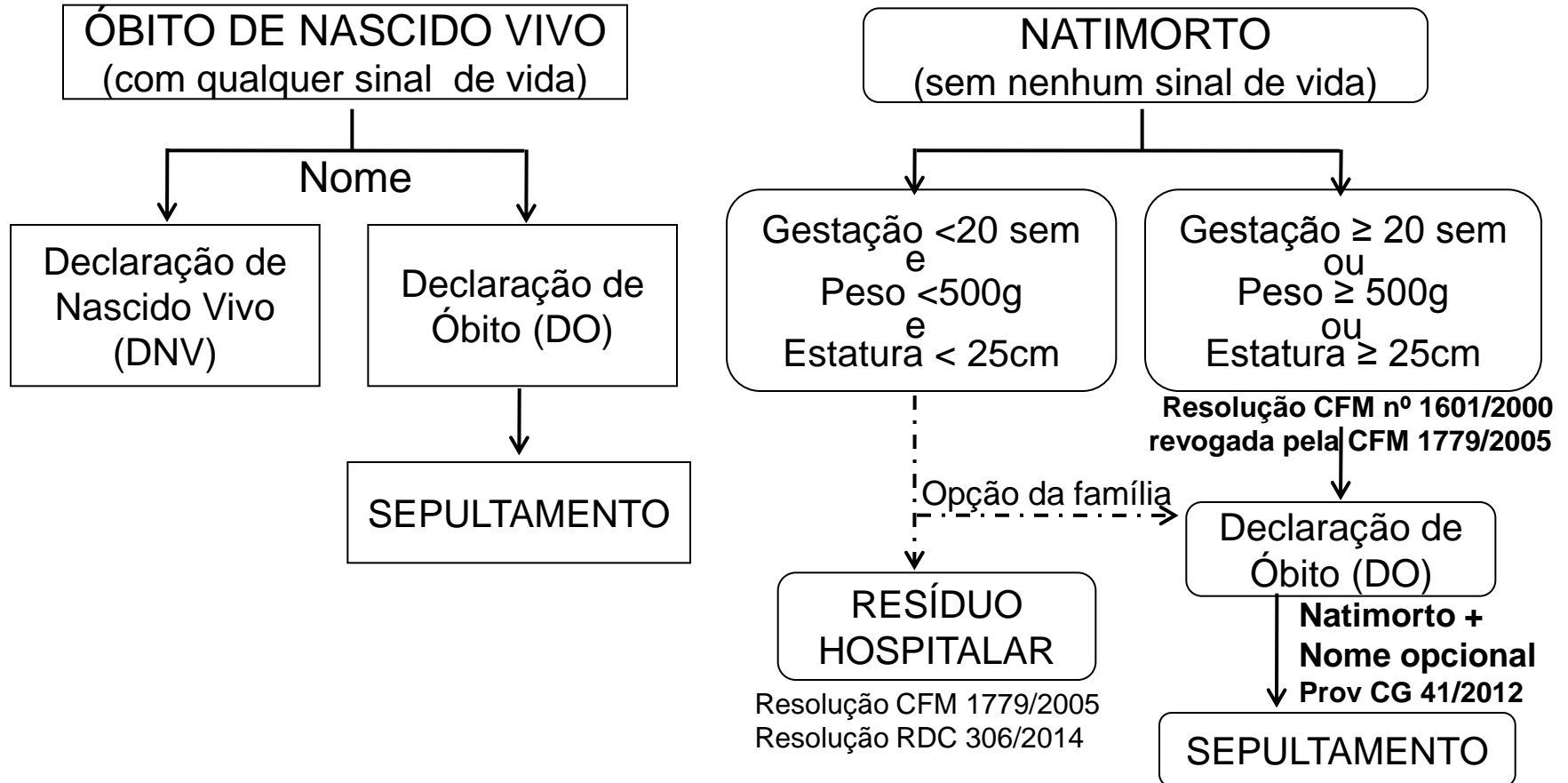
SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Cremação**
 - A DO deve ser assinada por 2 médicos ou por 1 médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária
- **Peças anatômicas amputadas**
 - Não emitir DO, uma vez que não houve óbito**
 - Elaborar relatório em papel timbrado do hospital, descrevendo o procedimento realizado
 - A peça pode ser sepultada ou encaminhada para resíduo hospitalar, conforme a Resolução RDC n.º 306, 2004 (ANVISA)

*Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.216/1975

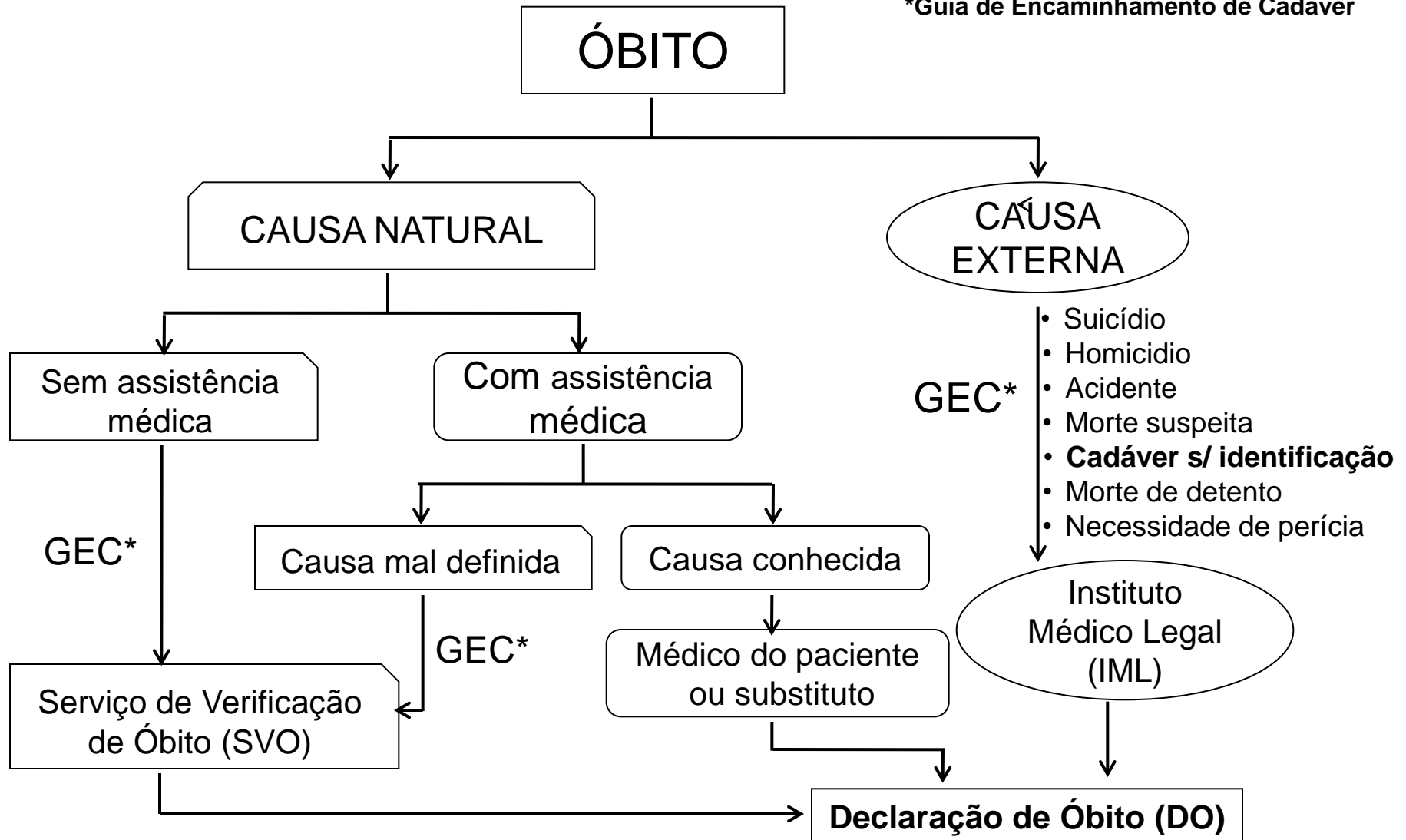
** O Atestado de Óbito. Ruy Laurenti e M. Helena P. de Mello Jorge

QUANDO EMITIR A DECLARAÇÃO DE ÓBITO DE CONCEPTOS



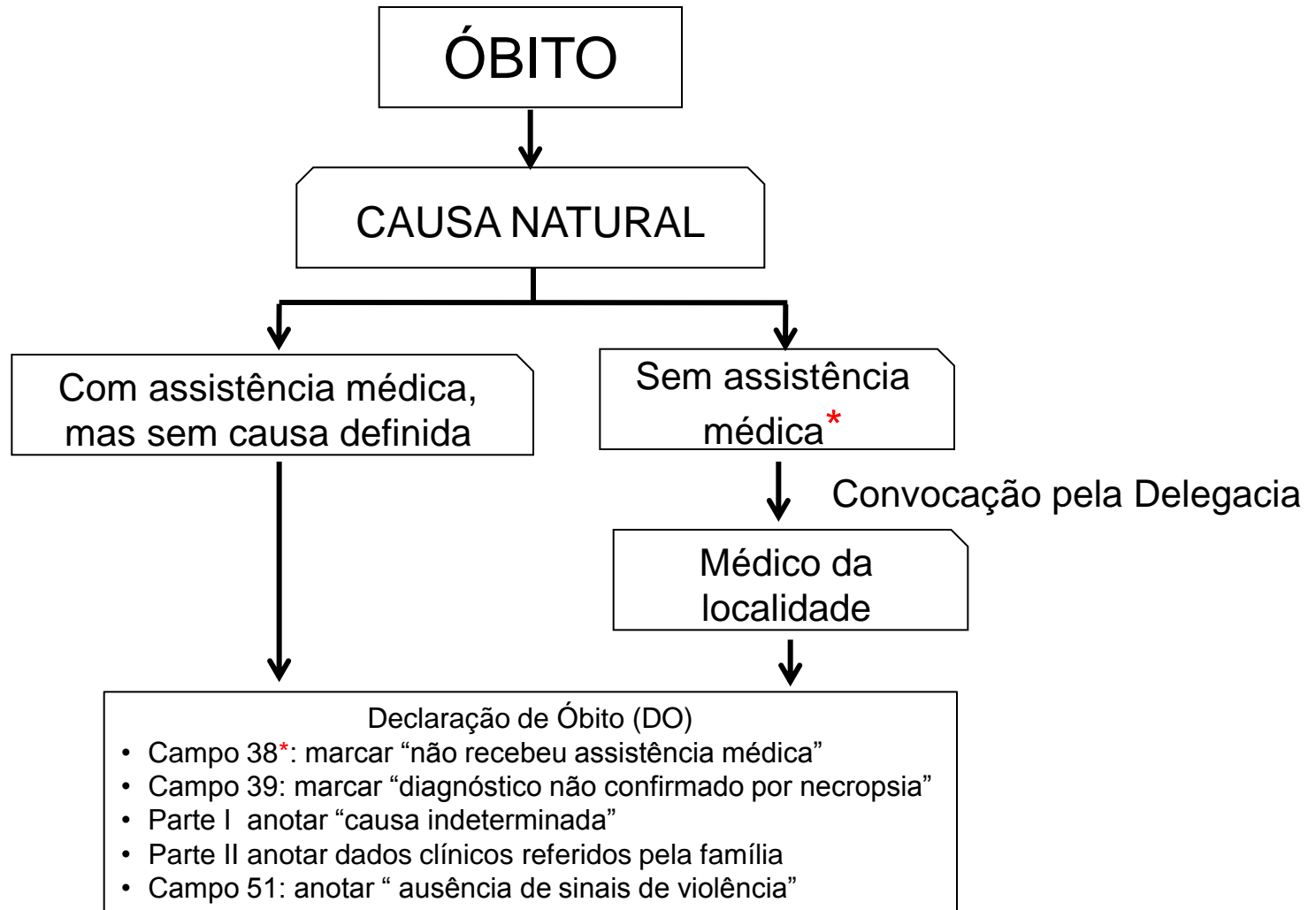
A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

*Guia de Encaminhamento de Cadáver



A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem SVO (Portaria nº 116/2009 – MS)



A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

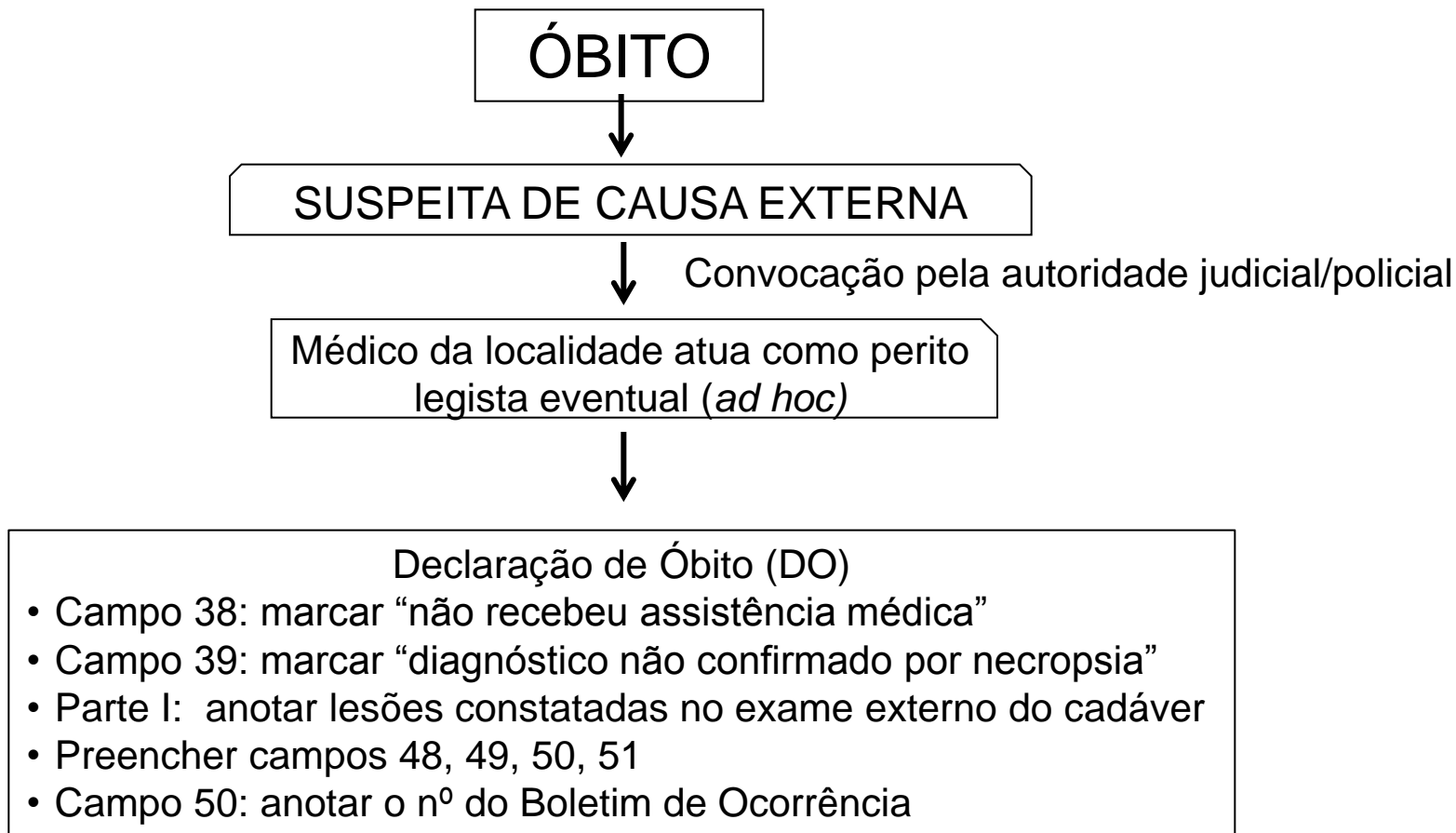
Localidade sem SVO (Portaria nº 116/2009 – MS)

Exemplo de preenchimento

		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
V	Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
		40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a <i>Causa indeterminada</i>	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. b	Devido ou como consequência de:		
		c	Devido ou como consequência de:		
d	Devido ou como consequência de:				
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. <i>Hipertensão arterial</i>			
VII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
		48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fonte da informação <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> 9	51 Descrição sumária do evento <i>Ausência de sinais de violência</i>		50 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada
		52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF			

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem IML (Portaria nº 116/2009 – MS)



A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem IML (Portaria nº 116/2009 – MS)

Exemplo de preenchimento

V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9	ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR 39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a _____ Devido ou como consequência de: _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. b _____ Devido ou como consequência de: _____ <i>Ferimento perfuro-contundente em tórax</i> c _____ Devido ou como consequência de: _____ PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. d _____	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ CID _____		

VII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) 48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input checked="" type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim Ignorado 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 9	50 Fonte da informação 1 <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 999999 Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> 9
	51 Descrição sumária do evento <i>Vítima de agressão na rua</i>	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input checked="" type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____	Número _____	Bairro _____	Município _____	UF _____
---	--------------	--------------	-----------------	----------

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem médico

ÓBITO

2 pessoas que presenciaram ou
certificaram a morte

Declaração de Óbito (DO)

- Não há registro das causas do óbito, apenas os nomes e assinaturas

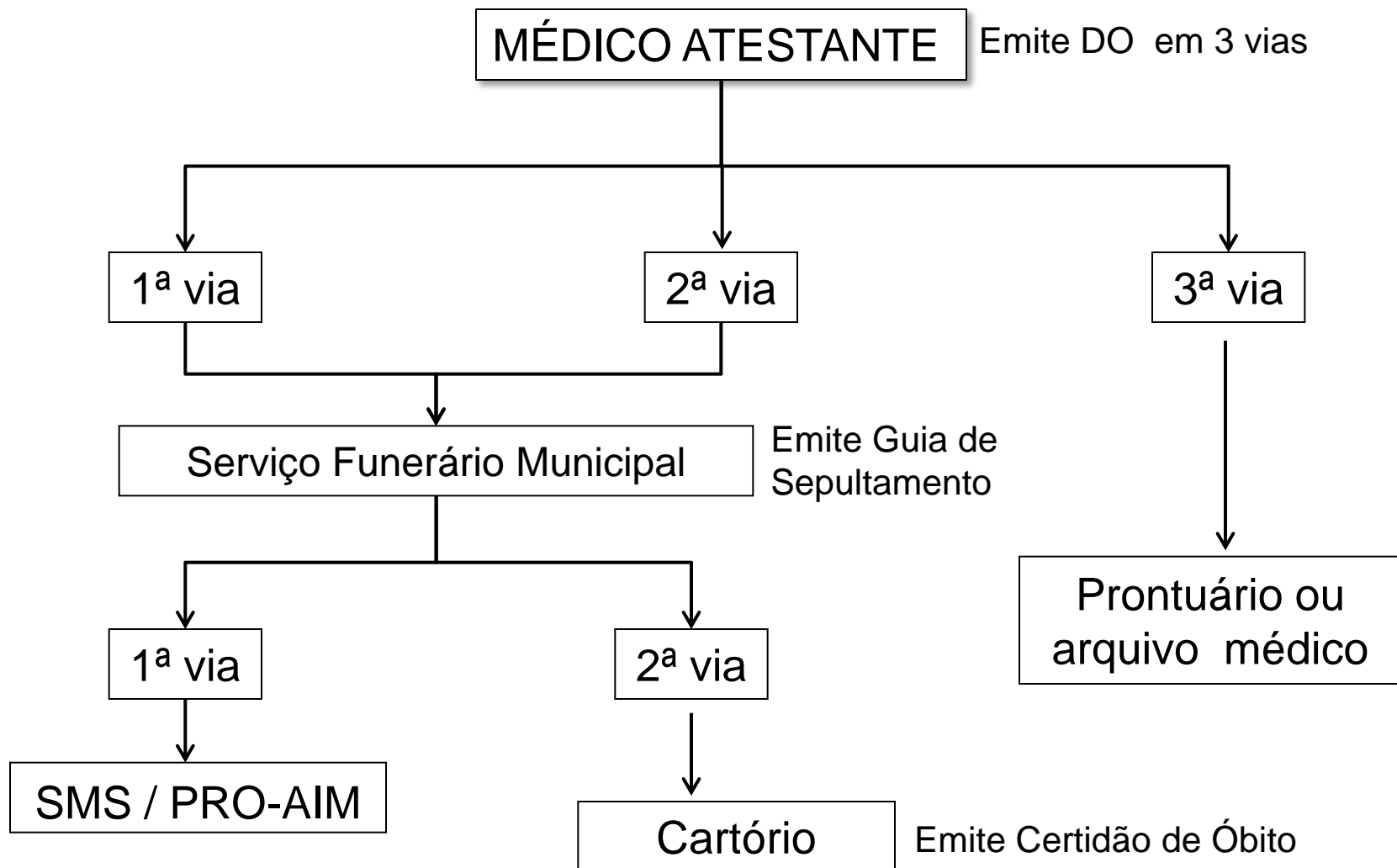
IX Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
		B

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

- Morte de paciente em trânsito para outro serviço:
 - se causa definida → médico acompanhante ou que o recebeu
 - Se causa mal definida → SVO
 - Se suspeita de causa externa → IML
- Natimorto* → médico que prestou assistência à mãe (desde que conheça a causa)
- Paciente de ambulatório/ESF * → médico que o assistia, desde que constate pessoalmente o óbito e reconheça a(s) causa(s) do óbito . Obs: durante o período de trabalho do médico
- Paciente internado* → médico responsável ou assistente desde que reconheça a(s) causa(s) do óbito

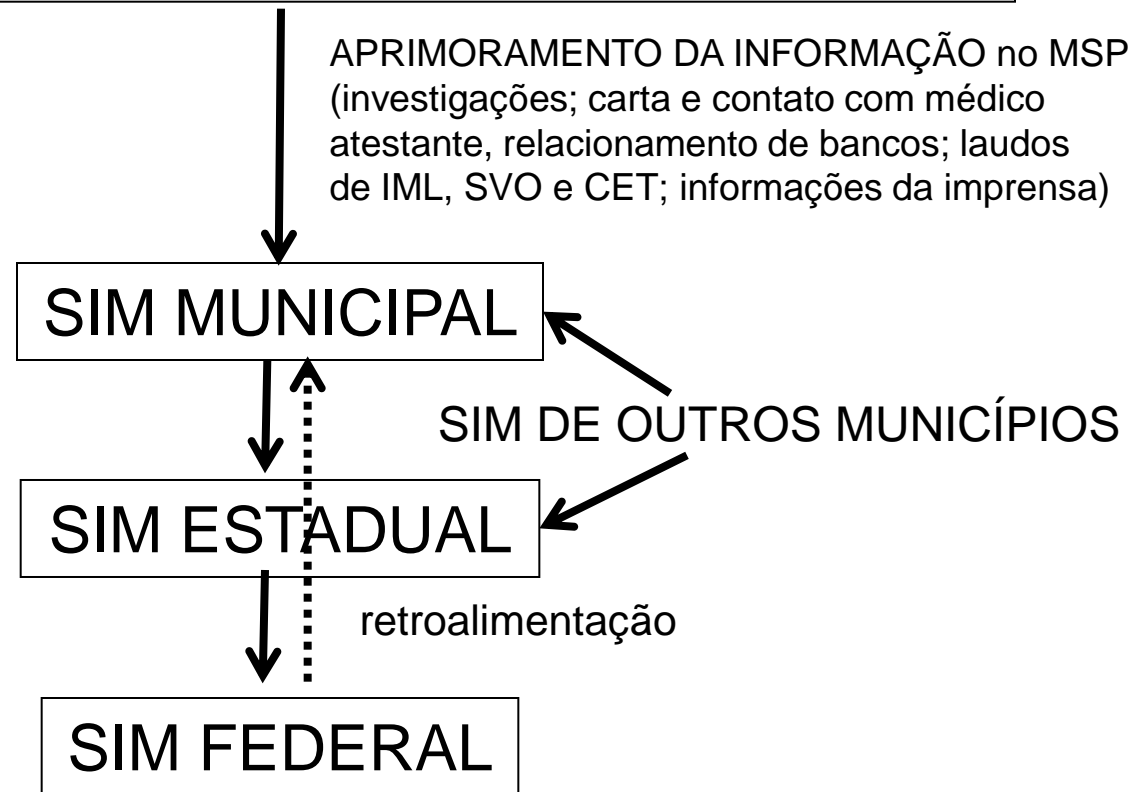
**Resolução CFM nº 1.779/2005*

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP)



SIM SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO
MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito XXXXXXXX-X

I Identificação

1 Tipo de óbito: Fetal Não Fetal
2 Data de óbito: _____ Hora: _____ Cartão SUS: _____ Naturalidade: _____
3 Nome do Falecido: _____ Município/UF de estabelecimento: _____

II Identificação

4 Nome da Mãe: _____
5 Nome da Mãe: _____

III Identificação

6 Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Situação conjugal: _____
7 Idade: _____ Menores de 1 ano: _____ Mês: _____ Dia: _____ Horas: _____ Minutos: _____
8 Escolaridade (última série concluída): _____
9 Local de residência: _____
10 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____

IV Identificação

11 Local de ocorrência de óbito: _____
12 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.): _____

V Identificação

13 Número de filhas vivas: _____
14 Número de semanas de gestação: _____
15 Tipo de parto: _____
16 Morte em relação ao parto: _____
17 Peso ao nascer: _____

VI Identificação

18 Nome do Médico: _____ CRM: _____
19 Assinatura: _____

VII Identificação

20 Descrição sumária do evento: _____

VIII Identificação

21 Cartório: _____
22 Município: _____

IX Identificação

23 Declarante: _____
24 Testemunhas: _____

- Não assinar DO em branco
- A responsabilidade de todos os dados registrados na DO é do médico atestante

Modelo atual: 2013
MINISTÉRIO DA SAÚDE / SVS

Abril/2014

PRO-AIM/ CEInfo

DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

The screenshot shows the website interface for the Prefeitura de São Paulo. At the top, there is a navigation bar with the logo and the text 'Secretaria Municipal da Saúde'. Below this, a sidebar on the left contains a menu with categories like 'ORGANIZAÇÃO', 'Endereço', 'Dúvidas e sugestões', 'SAC', 'SECRETARIAS', 'SUBPREFEITURAS', and 'OUTROS ÓRGÃOS'. The main content area is titled 'Informações para retirada de Declaração de Óbito' and includes social media sharing buttons (Gosto, Tweet, +1). The text provides details about the PRO-AIM program, including the address (Rua General Jardim, 36, 5º andar) and contact information (3397-2241). It lists necessary documents for registration, such as professional ID, residential address proof, and specific forms (ANEXO I, II, III, IV) related to the death certificate process.

Distribuição gratuita para médicos e serviços de saúde do Município de São Paulo. A retirada é feita no PRO-AIM mediante agendamento. Para maiores informações:

Ligue: 3397-2241 (2ª à 6ª feira das 9:30h-12h e das 14h-16h)

ou

Acesse:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=30796

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO (CAMPOS DE 1 A 14)

INFORMAÇÕES SOBRE A IDENTIDADE DO FALECIDO

Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade <small>Município / UF (se estrangeiro informar País)</small>		
	5 Nome do Falecido					
	6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe			
	8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado * *		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 6 <input type="checkbox"/> Ignorada
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			Série <input type="checkbox"/> 9	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	

* Se óbito menor de 1 dia de vida, anotar a idade em horas ou minutos

BLOCO II – RESIDÊNCIA (CAMPOS DE 15 A 19)

INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL DE RESIDÊNCIA

Residência	15	Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16	CEP	
	17	Bairro/Distrito	Código	18	Município de residência	Código	19

The image shows a form for residential information. The fields are numbered 15 to 19. Field 16, labeled 'CEP', is highlighted with a thick black border and has an arrow pointing to it from the top right. The form is divided into two rows. The first row contains fields 15, 16, and 19. The second row contains fields 17, 18, and 19. The label 'Residência' is on the left side of the form.

BLOCO III - OCORRÊNCIA (CAMPOS DE 20 A 26)

INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL ONDE OCORREU O ÓBITO



III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito		21 Estabelecimento		Código CNES	
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado		
	2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	<input type="checkbox"/> 9		
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)			Número	Complemento	23 CEP	
24 Bairro/Distrito		Código	25 Município de ocorrência		Código	26 UF

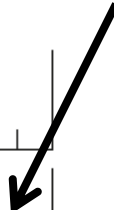
BLOCO IV - FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (CAMPOS DE 27 A 36)

Informações sobre a mãe, gestação, parto e peso do recém-nascido

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	
		Série	
		<input type="checkbox"/> Ignorado	
30 Número de filhos tidos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto
Nascidos vivos	Perdas fetais/ abortos	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado
— —	— —		
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	
34 Morte em relação ao parto		35 Peso ao nascer	
<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Gramas	
		36 Número da Declaração de Nascido Vivo	



Informações fundamentais para o estudo da Mortalidade infantil

BLOCO V – MULHER EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37] A morte ocorreu
 1 Na gravidez 3 No abortamento 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado
 2 No parto 4 Até 42 dias após o término da gestação 8 Não ocorreu nestes períodos 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA
38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
39] Necrópsia?
 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

40] CAUSAS DA MORTE
PARTE I
 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a _____
 Devido ou como consequência de: _____
CAUSAS ANTECEDENTES
 Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. b _____
 Devido ou como consequência de: _____
 c _____
 Devido ou como consequência de: _____
 d _____

PARTE II
 Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. _____

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID

Informações fundamentais para o estudo da Mortalidade Materna

BLOCO VI – MÉDICO (CAMPOS DE 41 A 47)

MÉDICO ATESTANTE (POSSIBILITA CONTATO/ACESSO)

VI Médico

41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	U
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura		

BLOCO VII – CAUSAS EXTERNAS (CAMPOS DE 48 A 52)

INFORMAÇÕES SOBRE PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIA DA MORTE POR CAUSAS NÃO NATURAIS



VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)										
	48 Tipo		49 Acidente do trabalho		50 Fonte da informação		Ignor				
	1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio		3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____ 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra		9 <input type="checkbox"/>		
	9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>		
51 Descrição sumária do evento				Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência							
				1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comer 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada							
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA				Número		Bairro		Município		UF	
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)											
53 Cartório				Código		54 Registro		55 Data			

Preenchido pelo Instituto Médico Legal (IML)

BLOCO IX – LOCALIDADE SEM MÉDICO (CAMPOS 58 e 59)

IX Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
		A B

Versão 01/13 – 1ª impressão 06/2013

Lei do registro civil - art.77 : "...duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte testemunhem o fato ."
Apenas atesta o óbito e não a causa do óbito

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
		b		
		c		
		d		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Parte I – doenças/eventos com sequência fisiopatológica que levaram à morte

Parte II – outras afecções que contribuíram para a morte, não relacionadas à sequência da Parte I

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

LETRA LEGÍVEL

40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	
a	CHOC SÉPTICO Devido ou como consequência de:
b	BRONCOPNEUMONIA Devido ou como consequência de: ?
c	SINDROME HEMOLÍTICA Devido ou como consequência de:
d	DOENÇA PERITONEAL Devido ou como consequência de:

Obs: Não rasurar. Se houver necessidade de correção, trocar a DO.
A DO rasurada deve ser devolvida no local de retirada.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

NÃO UTILIZAR SIGLAS OU ABREVIACÕES

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Insuficiência hepática</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	b	<i>Cirrose hepática</i>		
	c	<i>AVB</i>		
	d	<i>BCP SHR IRA</i>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. registrar apenas uma doença/evento por linha	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	Devido ou como consequência de:		
	Devido ou como consequência de:		
	Devido ou como consequência de:		
	Devido ou como consequência de:		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		

Não preencher o código da CID 10.

Esse espaço é reservado para os codificadores da SMS/ PRO-AIM

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

- Não é necessário preencher todas as linhas (“a” até “d”)
- Evitar termos como *parada cardiorrespiratória*, *parada cardíaca*, *parada respiratória* e *falência múltipla de órgãos* por serem sintomas, modos de morrer ou diagnósticos imprecisos e não causa básica de morte
- Registrar a “causa básica” da morte na última linha

“Causa Básica de morte é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (CID-10)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	a	<i>Causa terminal ou direta</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
	b	<i>Causa interveniente</i>	CID
	c	<i>Causa interveniente</i>	
	d	<i>Causa básica</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

- Linha A: Causa Terminal
- Última linha preenchida: Causa Básica
- Linhas intermediárias: complicações/eventos secundários à causa básica

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - CAUSAS MAL DEFINIDAS

V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR		
		37] A morte ocorreu		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39] Necropsia?		
		1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No abortamento	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	Ignorado <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		40] CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
		PARTE I						
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a <i>Parada cardio-respiratória</i>				
		CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como consequência de:				
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b <i>Insuficiência respiratória aguda</i>		<i>1 dia</i>		
				Devido ou como consequência de:				
				c <i>Pneumonia</i>		<i>3 dias</i>		
				Devido ou como consequência de:				
				d				
		PARTE II						
		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

Qual a causa básica que motivou a insuficiência respiratória aguda?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Insuficiência respiratória</i>	<i>6 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Metástase pulmonar</i>	<i>3 meses</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Câncer espinocefal</i>	<i>1 ano</i>
	d		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Pele? Esôfago? Bexiga?	

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Falência de múltiplos órgãos</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID 10 dias
	b	<i>Carcinomatose peritoneal</i> Devido ou como consequência de:	6 meses
	c	<i>Câncer de útero</i> Colo de útero? Devido ou como consequência de:	3 anos
	d	Endométrio? Corpo uterino?	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Caquexia</i>	<i>2 anos</i>
	b	<i>Metástase generalizada</i>	<i>3 anos</i>
	c	<i>Câncer de intestino Grosso?</i>	<i>4 anos</i>
	d	<i>Delgado?</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Insuficiência respiratória</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: <i>3 dias</i> CID
	b	<i>Tumor de pulmão</i> Maligno? Devido ou como consequência de:	
	c	Benigno? Devido ou como consequência de:	
	d	Comportamento incerto? Devido ou como consequência de:	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a natureza do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Caquexia</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	b	<i>Carcinomatose</i>	<i>Ignorado</i>	
	c	<i>Neoplasia de localização primária não definida</i>		
	d			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- SEPTICEMIA?

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Insuficiência renal aguda</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>
	b	<i>Septicemia</i>	<i>3 dias</i>
	c	<i>Infecção urinária</i>	<i>15 dias</i>
	d		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	<i>Senilidade</i>		

Qual a doença de base que precedeu a septicemia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- ABDOMEN AGUDO?

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a <i>Sepsis</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>	CID
		b <i>Peritonite</i> Devido ou como consequência de:	<i>2 dias</i>	
		c <i>Abdomen agudo perfurativo</i> Devido ou como consequência de:	<i>3 dias</i>	
		d <i>Diverticulite perfurada</i> Devido ou como consequência de:	<i>ignorado</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a doença de base que precedeu o abdomen agudo?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- PÓS-PROCEDIMENTO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Choque séptico</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	b	<i>Broncopneumonia</i>	<i>2 dias</i>	
	c	<i>PO Cirurgia cardíaca</i>	<i>6 dias</i>	
d	<i>Tetralogia de Fallot</i>	<i>8 dias</i>		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
		<i>5 meses</i>		

Qual a causa básica que motivou a cirurgia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- PÓS-PROCEDIMENTO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Choque séptico</i>	<i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Peritonite</i>	<i>6 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Laparotomia</i>	<i>6 dias</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Colecistopatia calculosa</i>	<i>ignorado</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que motivou a cirurgia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - FRATURA PATOLÓGICA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Septicemia</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Infecção de prótese de quadril</i>	<i>3 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Fratura patológica de fêmur</i>	<i>10 dias</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Osteoporose</i>	<i>ignorado</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a origem da fratura se não foi de causa externa?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - INSUFICIÊNCIA DE SISTEMAS/ÓRGÃOS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Arritmia cardíaca</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>1 dia</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Hiperpotassemia</i>	<i>2 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Insuficiência renal</i>	<i>5 anos</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Diabetes mellitus</i>	<i>15 anos</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a insuficiência renal?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	Choque hipovolêmico Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 2 horas
	b	Hemorragia digestiva alta Devido ou como consequência de:	5 horas
	c	Úlceras gástricas sangrantes Devido ou como consequência de:	1 dia
	d		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a hemorragia digestiva alta?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – VARIZES ESOFÁGICAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Choque hipovolêmico</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
		Devido ou como consequência de:	<i>2 horas</i>	
	b	<i>Hemorragia digestiva alta</i>		
	Devido ou como consequência de:	<i>5 horas</i>		
c	<i>Varizes esofágicas</i>			
	Devido ou como consequência de:	<i>1 ano</i>		
d	<i>Cirrose hepática criptogênica</i>			
	Devido ou como consequência de:	<i>5 anos</i>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a causa básica que determinou as varizes esofágicas?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CIRROSE HEPÁTICA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Coma</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Insuficiência hepática aguda</i>	<i>15 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Cirrose hepática</i>	<i>5 anos</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Hepatite viral crônica do tipo C</i>	<i>10 anos</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a cirrose hepática?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Choque séptico</i>	<i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Amputação de membro inferior</i>	<i>15 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Necrose de membro inferior</i>	<i>2 meses</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Angiopatia periférica diabética</i>	<i>2 anos</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a necrose de membro inferior?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Tromboembolismo pulmonar</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>1 dia</i>
	b	<i>Escaras de decúbito</i>	<i>2 meses</i>
	c	<i>Síndrome do imobilismo</i>	<i>3 anos</i>
	d	<i>Sequela de acidente vascular cerebral</i>	<i>3 anos</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a síndrome do imobilismo?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	Coma	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 2 dias
	b	Insuficiência hepática	3 anos
	c	Cirrose alcoólica	10 anos
	d	Hipertensão arterial sistêmica	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a insuficiência hepática?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – DOENÇAS ESPECÍFICAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Insuficiência respiratória aguda</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>	CID
	b	<i>Pneumonia aspirativa</i> Devido ou como consequência de:	<i>2 dias</i>	
	c	<i>Acidente vascular cerebral</i> Devido ou como consequência de: <i>Isquêmico ?</i> <i>Hemorragico?</i>	<i>5 dias</i>	
	d			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

É possível definir melhor a causa básica específica?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	b	Devido ou como consequência de: <i>Hipertensão pulmonar</i>	<i>5 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Asfíxia perinatal grave</i>	<i>6 dias</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Circular cervical de cordão umbilical</i>	<i>6 dias</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica da asfíxia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS

(causas maternas podem ser causa básica de óbito)

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		a <i>Hemorragia intraventricular</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>10 horas</i> CID
			b <i>Septicemia precoce</i> Devido ou como consequência de:	<i>2 dias</i>
			c <i>Prematuridade</i> Devido ou como consequência de:	<i>4 dias</i>
			d <i>Infecção urinária materna</i>	<i>6 dias</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a causa básica que levou à prematuridade?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a <i>Hemorragia intraventricular</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>10 horas</i>	CID
		b <i>Septicemia precoce</i> Devido ou como consequência de:	<i>2 dias</i>	
		c <i>Prematuridade</i> Devido ou como consequência de:	<i>4 dias</i>	
		d <i>Pré-eclâmpsia</i> Devido ou como consequência de:	<i>4 dias</i>	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	<i>Tabagismo materno</i> <i>Obesidade materna</i>		

Anotar condições maternas que possam ter contribuído para a morte

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO - BLOCOS IV e V

ÓBITOS FETAIS E MENORES DE UM ANO

Preencher todas as informações sobre mãe, gestação, parto, peso ao nascer, nº da Declaração de Nascido Vivo

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE										
IV	27) Idade (anos)	28) Escolaridade (última série concluída)	Série	29) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002					
	25	0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	1	Balconista					
			9							
V	30) Número de filhos tidos Nascidos vivos	31) Nº de semanas de gestação	32) Tipo de gravidez	33) Tipo de parto	34) Morte em relação ao parto	35) Peso ao nascer	36) Número da Declaração de Nascido Vivo			
	00	01	1 <input checked="" type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	1 <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input checked="" type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1400 Gramas	9999999999			
	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado							
Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P		
	37) A morte ocorreu	38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39) Necrópsia?					
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto	3 <input type="checkbox"/> No abortamento	4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	6 <input type="checkbox"/> Ignorado	7 <input type="checkbox"/> Não	8 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignora		
	40) CAUSAS DA MORTE									
	PARTE I									
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.									
CAUSAS ANTECEDENTES										
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.										
					ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID			
					a) Hemorragia pulmonar		8 horas			
					b) Membrana hialina		10 dias			
					c) Prematuridade		10 dias			
					d) Amniorrhexis prematura		10 dias			
PARTE II										
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.										

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia ?		
<input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
	PARTE I		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.				
	CAUSAS ANTECEDENTES		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				
			Devido ou como consequência de:				
			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID				
		a					
		b <i>Choque hipovolêmico</i> 1 hora					
		c <i>Hemorragia</i> 3 horas					
		d <i>Atonia uterina</i> 4 horas					
PARTE II		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Qual a causa da hemorragia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia ?		
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/>				
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
PARTE I							
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a <i>Choque séptico</i>			1 hora		
CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como consequência de:					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b <i>Infeção pulmonar</i>			3 dias		
		Devido ou como consequência de:					
		c <i>Infeção puerperal</i>			7 dias		
		Devido ou como consequência de:					
		d					
PARTE II		<i>Insuficiência mitral</i>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<i>Tabagismo</i>					

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:					
	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia ?					
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	Ignorado	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/>								
40 CAUSAS DA MORTE			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA						Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a		Insuficiência respiratória aguda				10 dias			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			b		Metástase pulmonar				2 meses			
			c		Neoplasia de mama				18 meses			
			d									
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.												

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:				
	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia ?				
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA						Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			a		Morte encefálica				10 dias		
			b		Acidente vascular cerebral hemorrágico				10 dias		
			c		Lupus Eritematoso Sistêmico				5 anos		
			d								
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.											

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER (GEC)

Deve ser preenchida pelo médico nos casos de morte de:

- Causa mal definida ou desconhecida (SVO)
- Suspeita de causa externa/perícia/detento (IML)
- Pessoa sem identificação (IML)

Emitir 3 vias:

- 1ª via: acompanha o corpo para o IML ou SVO
- 2ª via: Prontuário médico
- 3ª via: Delegacia

Para retirar a GEC:

- Ligue para 3397-2241

ou

- **Imprima diretamente pelo acesso:**

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mortalidade/Guia_Encam_Cadaver_2007.pdf

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Guia de Encaminhamento de Cadáver	Nº	Guia destinada ao <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
I IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Natureza do Óbito: <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Causa Externa Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____:____			
	Nome do Hospital / PS: _____ CNES: (____/____/____)			
II IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO	Endereço: _____			
	Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____			
	Óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (Nati-morto) <input type="checkbox"/> Não Fetal Nº Registro (Hospital/PS): (____/____/____) RG: _____			
	Nome: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
III INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	Data Nas.: ____/____/____ Idade: ____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ignorado Ocupação: _____			
	Filiação: Mãe: _____			
	Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____			
IV ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS	CEP: (____/____/____) Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____			
	Óbito em Mulheres (10 a 49 anos) A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	A morte ocorreu durante o puerpério: <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> Sim, de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Informações sobre a Mãe Ocupação: _____ Idade: _____			
V INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ign. Duração da Gestação: ____ semanas			
	Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e + <input type="checkbox"/> Ignorado Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Peso ao Nascer: _____ Gramas Nº Declaração Nascido Vivo: (____/____/____)			
	Morbidade Informada: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (auto agressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada			
VI ATENDIMENTO EM SERVIÇO HOSPITAL / P.S.	Acidentes <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito (informação sobre a vítima): <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Veículo onde estava a vítima: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____			
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			
VII MÉDICO RESPONSÁVEL	Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado: _____ Intoxic./Enven. Substância: _____			
	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____			
	Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado			
Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
Condição do Paciente/Falecido: <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> Faleceu ao receber os Primeiros Socorros				
<input type="checkbox"/> Faleceu durante o Internamento: ____ dias <input type="checkbox"/> Nati-morto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta				
Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____				
Síntese da história Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____				
Clínico ou Cirúrgico: _____				
Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____				
Causa(s) possível do Óbito: _____				
Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____				

PRO-AIM

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

Dúvidas ou esclarecimentos para o Município de São Paulo

- Ligue para: 3397- 2558 ou 2150
- Envie mensagem para: proaim@prefeitura.sp.gov.br
- Acesse página eletrônica: www.prefeitura.sp.gov.br/proaim

