



I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: **Morte Natural** **Causa Externa** Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome do Hospital / PS: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: **Fetal (Natimorto)** **Não Fetal** Nº Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____

Nome: _____ Sexo: M F

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

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 4 a 7 8 a 11 12 e + Ignorado Ocupação: _____

Filiação: Mãe: _____

Endereço resid.: _____ 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

III ÓBITOS FETAIS E EM MEN. DE 1 ANO

Informações sobre a Mãe Ocupação: _____ Idade: _____

Escolaridade: Nenhuma 1 a 3 4 a 7 8 a 11 12 e + Ign. Duração da Gestação: _____ semanas

Tipo de Gravidez: Única Dupla Tripla e + Ignorado Tipo de Parto: Vaginal Cesária Ignorado

Peso ao Nascer: _____ Gramas Nº Declaração Nascido Vivo: _____

IV ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Morbidade Informada: Acidente Suicídio (auto agressão) 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 **Arma branca** **Intoxicação** **Choque elétrico** **Ignorado** **Outro:** _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado _____ Intoxic./Enven. Substância: _____

Enforcamento Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Outros meios: _____ Ignorado

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

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

V INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

Condição do Paciente/Falecido: 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 ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____

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

VI ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL / PS

Clínico ou Cirúrgico: _____

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

Causa(s) possível do Óbito: _____

VII Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura