


| | | | | | |
|---|--|--|---------------------|---|--|
| CRS/STS: | | VD: | | VH: | |
| Data do óbito: | | Data de nascimento: | | DO : | |
| Nome /Idade da criança: | | Peso ao nascer: . | | Apgar 1º= | |
| Sexo/cor: | | Hospital de ocorrência do óbito: | | | |
| Nome/ Idade da mãe: | | Hospital de ocorrência do nascimento: | | | |
| Estado civil: | | Escolaridade da mãe: | | | |
| Nº de consultas de pré-natal: | | Início/fim: | | Idade gestac (sem): | |
| Gestações/paridade: | | Tipo de parto: | | | |
| Gravidez de risco: | | Partograma: | | Pediatra na sala de parto : | |
| Causa segundo a mãe: | | | Malformação em DNV: | | |
| Causa do óbito - Declaração de Óbito () Hospital () SVO () IML a. b. c. d. Parte II | | Causa do óbito – Comitê Regional a. b. c. d. Parte II – | | Causa do óbito - final a. b. c. d. Parte II | |
| Resumo do óbito após investigação: | | | | | |
| Eventos associados ao óbito : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Reduzíveis por ações de Imunoprevenção <input type="checkbox"/> Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação <input type="checkbox"/> Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto <input type="checkbox"/> Reduzíveis por adequada atenção ao R N <input type="checkbox"/> Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento <input type="checkbox"/> Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas as ações de atenção à saúde <input type="checkbox"/> Por causa mal definida <input type="checkbox"/> Demais causas não claramente evitáveis <input type="checkbox"/> Faltam dados para conclusão do caso <input type="checkbox"/> Inevitável | | | | | |
| Observações/providências sugeridas e desencadeadas para prevenção | | | |  | |

