

obs: Todos os campos são de preenchimento obrigatório



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
da Atenção Básica e ESF
Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente
Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil

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
() outro. Qual? FAMÍLIA NÃO MORA NESTE ENDEREÇO

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:

- Santa Casa

DADOS GERAIS

12) Nome da criança:

13) Idade:

14) Data do óbito:

15) Data de nascimento:

16) Nº

17) Nº DNV:

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 completo () superior incompleto () 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) Nº de consultas de pré-natal:

() não realizado. Por que?

33) Locais do pré-natal: () UBS. Nome

() Ambulatório de Especialidades/ Hospital SUS. Nome

() convênio

() particular

() ign

34) Início (data e idade gestacional):

() ign

35) Última consulta (data e idade gestacional):

() ign

36) Intercorrências na atual gestação: () ign () não () DHEG () diabetes gestacional

() ITU. Quantas? Tratamento:

37) Medicações em uso na atual gestação:

() ign

38) 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:

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

40) Glicemia de jejum:

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

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

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

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

45) Gestação de risco: () ign () Não () Sim. Motivo:
 Encaminhamento (local, início de atendimento e nº de consultas)

46) Maternidade de Referência para o parto:

47) 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

48) 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

49) 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?

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

51) Quais serviços de saúde a gestante percorreu antes de ser admitida no hospital onde o bebê nasceu?
 (Descrever datas, sintomas, exame físico, medicação e orientação recebida, dificuldades de atendimento)

REINTERNAÇÃO

92) Problemas identificados ao nascimento: () ign () nenhum () sim. Quais?

93) Condições do RN à alta da maternidade: Data:
 Idade: Peso: Diagnósticos:
 Encaminhamentos:

94) Na alta, a mãe recebeu alguma orientação sobre riscos? () ign () não () sim. Quais?

95) Consultas de puericultura: () ign () não. Motivo: () sim. Quantas e local:

96) Se iniciada após 1 semana, por que?

97) Início (data e idade):

98) Última consulta (data e idade):

99) Resumo do prontuário de Puericultura

Nº	Profissional M- médico E-enfermeira	Data dd/mm/aa	Idade	Peso e Altura	Vacinação - Em dia - Atrasada	Alimentação - Leite materno (LM), fórmulas, sólidos	Intercorrências medicações
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

100) Alimentação atual: () aleitamento materno exclusivo () aleitamento materno predominante () aleitamento materno misto () fórmula láctea. () outros. Quais?

Se fórmula láctea, desde quando? Quem indicou e motivo:

101) Vacinação atual : () ign () em dia () atrasada. Motivo:

102) Triagem Neonatal:

Teste do olhinho: () ign () não realizado () normal () alterado. Qual? Anotado em prontuário (data)

Teste da orelhinha: () ign () não realizado () normal () alterado. Qual? Anotado em prontuário (data)

Teste do pezinho: () ign () não realizado () normal () alterado. Qual? Anotado em prontuário (data)

103) Seguimento em serviço especializado? () ign () não () sim. Motivo:

104) Evolução até a internação: (Descrever início e descrição dos sintomas, tempo até a procura do(s) serviço(s) de saúde (quais), conduta e orientações, dificuldades de atendimento)

111) Causa do óbito segundo a mãe: () ign

Observações do entrevistador: (condições de moradia, situação familiar, dificuldades encontradas, ações desencadeadas)

Legendas: ignorado (ign)
sem registro (SR)
recém-nascido (RN)