



18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome _____					Código CNES _____
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome _____					Código CNES _____
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
21	Causas do óbito após a investigação					CID
	Parte I a)	_____				
	b)	_____				
	c)	_____				
	d)	_____				
	Parte II	_____				
22	Causa básica após a investigação					
23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
23.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?			<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)		1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo					
26.1	Planejamento familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26.2	Pré-natal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26.3	Assistência ao parto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> não se aplica
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> não se aplica
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> não se aplica
26.7	Assistência à criança no hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> não se aplica
26.8	Dificuldades da família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26.9	Causas externas				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> não se aplica
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo					
a	Cobertura da atenção primária	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
b	Referência e contra-referência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
c	Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
d	Leito de UTI - gestante de alto risco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
e	Leitos de UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
f	Central de regulação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
g	Transporte pré e inter-hospitalar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
h	Bancos de sangue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
i	Outros. Especificar. _____						

27	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo						
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth Espandida	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9
	SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8	
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistências ao parto									
29.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade									
29.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS									
29.6	Assistência à criança na urgência / emergência									
29.7	Assistência à criança no hospital									
29.8	Organização do sistema / serviço de saúde									
30	Data da conclusão do caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Responsável									
	Nome					Carimbo e rubrica				