



Autópsia verbal

Criança menor de um ano

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Complemento da entrevista domiciliar

Nº do Caso

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da criança falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência da Ficha de Investigação do óbito infantil, isto é, logo após aos relatos espontâneos sobre a doença ou situação que levou à morte. (Questão 77 da Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar)

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO			
1	Nome do(a) falecido(a)		
2	Nome da mãe		
3	Data de nascimento	4	Data do óbito
5	Sexo	Masc.	Fem.
6	A Declaração de Nascido Vivo (DN) foi emitida?	Sim	Nº DN
		Não	Não sabe
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	Sim	Nº DO
		Não	Não sabe
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo Cartório)?		Sim Não Não sabe
9	Local do sepultamento		
LOCAL DA ENTREVISTA			
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc.)	Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Telefone	
Município	UF	Local	urbano rural
Ponto de Referência			
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
11	Nome do(a) entrevistado(a)		
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)?		
	mãe	pai	irmão(ã) outro
ÓBITO DEVIDO A CAUSA EXTERNA			
13	O bebê sofreu algum ferimento/acidente/violência?		
	Sim, qual?	não	não sabe
14	O bebê faleceu devido a ferimento/acidente/violência?		
	Sim: passe à Questão 65	Não: continue da Questão 15 até a Questão 73	
FATORES DE SAÚDE E HISTÓRIA DA GRAVIDEZ DA MÃE			
15	Tentou interromper a gravidez (perder o bebê)?		
	sim	não	não sabe
15.1	Como?		
	chás	comprimidos	sonda coquetéis injetáveis não sabe
16	Durante a gravidez a mãe sofreu algum ferimento ou agressão ou violência?		
	sim	não	não sabe
17	Qual era o estado de saúde da mãe no momento do nascimento do bebê?		
	bom	doente	faleceu durante o parto não sabe
18	No dia do parto, a mãe apresentou		
	pressão alta	febre	confusão mental
	convulsão	muito sangramento	nada disso não sabe
19	A mãe teve febre no dia que o trabalho de parto começou?		
	sim	não	não sabe

20	A mãe teve febre após o parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
21	A mãe apresentou depressão pós parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
22	Qual era o estado de saúde da mãe no momento da morte do bebê?	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> doente	<input type="checkbox"/> falecida	<input type="checkbox"/> não sabe	
CONDIÇÕES DE NASCIMENTO						
23	O bebê respirou (aspirou) a água durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
24	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 12 horas	<input type="checkbox"/> 12 a 24 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe	
25	O parto foi:	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe		
25.1	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps (puxado a ferro)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
26	Que parte do bebê saiu primeiro?	<input type="checkbox"/> cabeça	<input type="checkbox"/> braço/mão	<input type="checkbox"/> pés	<input type="checkbox"/> nádegas	<input type="checkbox"/> não sabe
27	O cordão umbilical saiu antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28	O bebê nasceu com circular do cordão (laçado)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29	Precisou de ajuda para respirar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
30	Demorou a chorar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
31	Qual foi o peso do bebê ao nascer?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	<input type="checkbox"/> não sabe			
31.1	O tamanho do bebê, de acordo com o tempo de gestação, foi:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> menor que o normal	<input type="checkbox"/> maior que o normal	<input type="checkbox"/> não sabe	
32	Apresentou ossos quebrados decorrentes do parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
33	Tinha algum sinal de paralisia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
34	Qual era a cor do bebê ao nascer?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> roxa	<input type="checkbox"/> pálida	<input type="checkbox"/> não sabe	
35	Tinha alguma malformação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
35.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas mãos/pés	<input type="checkbox"/> nas costas (calombo ou buraco)	<input type="checkbox"/> na cabeça (muito grande)	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> no coração	<input type="checkbox"/> no lábio e/ou no céu da boca	<input type="checkbox"/> na cabeça (muito pequena)	<input type="checkbox"/> outro <input type="text"/>	
36	Tinha lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele quando nasceu ?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
36.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local <input type="text"/>
36.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)			
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus			
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente			
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro <input type="text"/>		

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE O BEBÊ QUE NASCEU VIVO						
37	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> não se aplica	<input type="text"/> não sabe
38	Chegou a se alimentar	<input type="text"/> sim, no peito	<input type="text"/> sim, na mamadeira	<input type="text"/> sim, por sonda	<input type="text"/> sim, outro	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
38.1	Quanto tempo depois de nascer começou a se alimentar?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias	<input type="text"/> não sabe		
38.2	O bebê parou de se alimentar antes de morrer?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
39	Tomou somente leite do peito?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
40	Foi usada alguma coisa para curar (cuidar) o umbigo?	<input type="text"/> sim, o quê? _____		<input type="text"/> nada	<input type="text"/> não sabe	
41	Teve o umbigo vermelho ou com secreção?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
42	Apresentou coloração amarelada nos olhos, pele, palmas das mãos ou plantas dos pés (icterícia)?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
42.1	Quanto tempo depois do nascimento a coloração amarelada começou?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias			
42.2	Durante quanto tempo permaneceu com a coloração amarela?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias			
42.3	Quando o bebê morreu ele ainda estava com a coloração amarela?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
43	O bebê crescia normalmente?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
44	Teve convulsões (ataque)?	<input type="text"/> sim, _____ vez(es) por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
45	Ficou rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
46	A moleira (fontanela) ficou saliente?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
47	A moleira (fontanela) ficou funda (deprimida)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
48	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
48.1	Como começou?	<input type="text"/> de repente <input type="text"/> lentamente		<input type="text"/> não sabe		
49	Teve febre?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
49.1	A febre era:	<input type="text"/> contínua <input type="text"/> ia e vinha		<input type="text"/> não sabe		
49.2	A febre era muito alta?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
49.3	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
49.4	Teve calafrios ou arrepios?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
50	Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
51	Teve tosse?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe	
51.1	A tosse era frequente?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
51.2	Tossia somente quando estava deitado?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
51.3	Vomitava depois de tossir?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
51.4	A tosse era com catarro?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
51.5	Tossia com sangue?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				
51.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	<input type="text"/> sim <input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe				

52	Respirava mais rápido do que o normal?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53	Teve dificuldades em respirar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.1	Fazia barulho para respirar?	<input type="checkbox"/> sim, roncosp	<input type="checkbox"/> sim, chiados	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
53.2	A cada vez que respirava sua barriguinha murchava perto das costelas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
54	Ficou roxinho (cianótico) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
54.1	A cor arroxeadada (cianose) foi:	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> não sabe
55	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
55.1	A diarreia era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
55.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> _____ vezes	<input type="checkbox"/> não sabe	
55.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
56	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Quanto tempo depois do nascimento começou a vomitar?	<input type="checkbox"/> _____ horas	<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> _____ meses
56.2	Quantas vezes vomitava por dia?	<input type="checkbox"/> _____ vezes	<input type="checkbox"/> não sabe	
57	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
58	Teve dificuldades em urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
59	Teve mudança na quantidade de urina por dia	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
59.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe
60	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
60.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus <input type="checkbox"/> outro _____
61	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
61.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> nas articulações <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro _____
62	Teve inguinas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
62.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila <input type="checkbox"/> na virilha <input type="checkbox"/> não sabe
63	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
63.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro local _____
63.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
64	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA

65 Sofreu algum ferimento, acidente ou violência antes da morte? sim não não sabe

65.1 Qual? acidente de trânsito _____ corte afogamento
 envenenamento ou intoxicação _____ sufocação queimaduras
 queda _____ pancada não sabe
 outro _____

65.2 Como, quando e onde aconteceu?

66 Foi mordido ou picado por algum animal ou inseto? sim não não sabe

SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

67 Se a criança ficou internada, algum profissional de saúde informou sobre a doença? sim não não se aplica não sabe

67.1 O que ele disse?

67.2 Qual foi o tratamento indicado?

68 Se foi atendida em ambulatório (UBS,PSF, Clínica) algum profissional de saúde informou sobre a doença? sim não
 não se aplica não sabe

68.1 O que ele disse?

68.2 Qual foi o tratamento indicado?

69 Foi operado(a) por causa da doença? sim não não sabe

69.1 Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)? _____ dias não sabe

69.2 Que parte do corpo foi operada? não sabe

70 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não? não percebeu que necessitava de atendimento encontrou morto
 não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento outro _____
 chegou ao local mas não teve atendimento não se aplica
 não quis/não aceitou não sabe

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES

71 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver

72 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver

Solicite o cartão de vacina da criança falecida

73 Tomou vacinas?

sim não não sabe

73.1 Quais?

<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> sarampo, rubéola, caxumba	<input type="checkbox"/> tríplice (DPT)	<input type="checkbox"/> DTP+HiB
<input type="checkbox"/> contra hepatite	<input type="checkbox"/> contra sarampo	<input type="checkbox"/> anti-pólio	<input type="checkbox"/> rotavírus
<input type="checkbox"/> contra febre amarela	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outra _____	

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

Causas da morte depois da entrevista

CID-10

Parte I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica	a		
	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			

Data da entrevista

Data da análise

Nome dos entrevistadores

Profissionais médicos que analisaram as informações