

GOVERNADOR GERALDO ALCKMIN

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344
Volume 114 - Número 21 - São Paulo, sábado, 31 de janeiro de 2004

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 10, de 29-1-2004

Trata da notificação compulsória de óbitos maternos e dá outras providências
O Secretário de Estado da Saúde,

considerando a Resolução n.º 256, de 1º de outubro de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda a adoção da morte materna como evento de notificação compulsória;

considerando a Portaria GM/MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB SUS 01/96, no que se refere às competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, estabelecendo como competência municipal, a vigilância de óbitos maternos e infantis (artigo 3º, inciso XIII);

considerando a publicação da Portaria GM/MS n.º 653, de 28 de maio de 2003, que estabelece o óbito materno como evento de notificação compulsória;
considerando a importância da adoção de medidas que possam interferir e reduzir os óbitos maternos no Estado de São Paulo, resolve:

Artigo 1º - Todos os casos suspeitos ou confirmados de óbitos maternos são eventos de notificação compulsória, às autoridades competentes do Sistema Único de Saúde - SUS, no Estado de São Paulo.

Parágrafo 1º - É considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à ela.

Parágrafo 2º - É dever de todo cidadão comunicar à autoridade local do Sistema Único de Saúde - SUS, a ocorrência comprovada ou presumível, de óbitos maternos, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de óbitos maternos.

Parágrafo 3º - Cabe aos Municípios, por meio do Comitê Municipal de Vigilância à Morte Materna ou por equipe técnica municipal capacitada para tanto, a investigação e elucidação das notificações recebidas, de acordo com os instrumentos técnicos definidos no artigo 2º e nos anexos desta Resolução, complementados por normas ou instruções elaboradas e divulgadas pelo Comitê Estadual de Vigilância à Morte

Materna, com o objetivo de identificação das possíveis causas e a adoção de medidas para evitar novos óbitos.

Parágrafo 4º - Na impossibilidade ou dificuldade de investigação das notificações recebidas, pela esfera municipal de saúde, cabe aos Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna, a suplementação ou complementação das necessárias ações de investigação.

Parágrafo 5º - A notificação compulsória de óbitos maternos tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades do Sistema Único de Saúde - SUS, que a tenham recebido, a não divulgá-las e manter esse sigilo.

Artigo 2º - Todos os Municípios devem investigar, obrigatoriamente, todos os óbitos de mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos) ocorridos no município, de que tenham conhecimento pelo Sistema de Informação de Mortalidade - SIM ou por qualquer outra via, inclusive as notificações espontâneas, com o objetivo de identificar entre estes óbitos, os possíveis óbitos maternos.

Parágrafo 1º - Na realização da investigação, objeto do "caput" deste artigo, os municípios devem preencher no Mapa de Óbito de Mulheres em Idade Fértil (Faixa Etária de 10 a 49 anos), a relação de todos os óbitos femininos investigados, conforme o modelo do Anexo I desta Resolução e modelo contido no Manual de Vigilância à Morte Materna do Ministério da Saúde, que deverá ser encaminhado trimestralmente para os Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna.

Parágrafo 2º - Além do preenchimento do Mapa de Óbito de Mulheres em Idade Fértil (Faixa Etária de 10 a 49 anos) referido no parágrafo anterior, os municípios devem preencher as Fichas de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil, conforme os modelos do Anexo II desta Resolução e modelo contido no Manual de Vigilância à Morte Materna do Ministério da Saúde da forma que se segue:

1 - A Parte A - Instrumento de Notificação de Óbito de Mulher Em Idade Fértil (10 a 49 anos), deverá ser preenchida para todos os óbitos anotados no Mapa de Óbito de Mulheres em Idade Fértil, podendo encerrar a investigação, conforme os critérios constantes na ficha. Se o caso não for encerrado, os municípios devem dar continuidade à investigação pelo preenchimento das Partes B, C e D.

2 - A Parte B - Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (Dados Em Domicílio), a ser realizado apenas pelos municípios de residência da mulher.

3 - Parte C - Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (Dados Hospitalares), a ser realizado apenas pelos municípios nos quais se localiza o serviço de saúde de ocorrência do óbito da mulher.

Caso o serviço de saúde no qual ocorreu o óbito, não se localize no município de residência, uma cópia deste relatório deverá ser encaminhada para o município de residência da paciente através da DIR, conforme fluxo estabelecido.

4 - Parte D - Laudo de Necropsia, cujas informações devem ser obtidas pelo município de ocorrência do óbito, no serviço que realizou a necrópsia.

Caso o serviço que realizou a necrópsia, não se localize no município de residência, uma cópia deste relatório deverá ser encaminhada para o município de residência da paciente através da DIR, conforme fluxo estabelecido.

5 - Ficha de Resumo de Investigação Confidencial do Óbito Materno, conforme modelo contido no Manual de Vigilância à Morte Materna do Ministério da Saúde, que permite a conclusão do caso, a ser realizada pelo Comitê Municipal de Vigilância à Morte Materna do município de residência da mulher ou pelos Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna, que para tanto deverão ter acesso a todas as fichas referentes ao caso.

Parágrafo 3º - Os Anexos I e II e a Ficha de Resumo de Investigação Confidencial do Óbito Materno, deverão ser encaminhadas aos Comitês Regionais de Vigilância à Morte

Materna que deverão analisá-los e após a conclusão, encaminhá-los ao Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna.

Artigo 3º - Cabe ao Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, a coordenação técnica e o acompanhamento das atividades regionais e municipais de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos, por meio das seguintes ações:

- 1 - Garantir a boa qualidade técnica das ações realizadas, identificando a necessidade e organizando treinamentos e capacitações nas regiões e municípios do Estado, além de assessorar os Comitês regionais e municipais existentes;
- 2 - Elaborar os instrumentos e normas técnicas, complementares à esta Resolução, que se fizerem necessários para a efetivação e o bom andamento da vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos;
- 3 - Opinar e decidir sobre a Classificação Internacional de Doenças CID-10 dos óbitos de mulheres em idade fértil, caso persistam dúvidas sobre os óbitos após a avaliação regional;
- 4 - Sugerir aos gestores do SUS correspondentes, a adoção de medidas cabíveis para a redução dos óbitos maternos no Estado de São Paulo;
- 5 - Atualizar os bancos de dados de Mortalidade para aqueles óbitos femininos cuja investigação concluído se tratar de óbito materno; e
- 6 - Manter o Secretário de Estado da Saúde informado sobre a situação de mortalidade materna no Estado e as ações realizadas pelos Comitês de Vigilância de Morte Materna.

Parágrafo Único: As Diretorias Regionais de Saúde - DIR da Secretaria de Estado da Saúde darão apoio às ações do Comitê Estadual, sempre que necessário, para a realização de suas funções.

Artigo 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Anexo 2 – Modelos de Fichas de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (*)

PARTE A	
INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	
(Faixa Etária de 10 a 49 anos)	
1. NOME:	
2. DATA DE FALECIMENTO: / /	3. NÚMERO DA D.O
4. ENDEREÇO HABITUAL / RUA / Nº/ COMPLEMENTO	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:
5. TELEFONE:	

6. LOCAL DA OCORRENCIA:
MUNICÍPIO:

7. DESCREVA COM DETALHES A DOENÇA OU O FATO (ACIDENTE OU VIOLENCIA) QUE LEVOU À MORTE.
Entrevista Domiciliar:
Verificação: Prontuário Hospitalar e ou Unidade de Saúde:

8. A FALECIDA ESTAVA GRÁVIDA OU ESTEVE GRÁVIDA NOS 12 MESES ANTERIORES À MORTE?	EM CASO NEGATIVO, ENCERRAR A INVESTIGAÇÃO. EM CASO POSITIVO OU <u>NÃO SABE</u> PROSSEGUIR. NO CASO DE <u>NÃO SABE</u> SE HOVER EVIDÊNCIAS DURANTE A ENTREVISTA DE QUE A FALECIDA NÃO FICOU GRÁVIDA ENCERRAR A INVESTIGAÇÃO.
1. Sim 2. Não 99. Não sabe	<input type="checkbox"/>

NOME DO ENTREVISTADOR:	
	DATA: / /

(*) conforme modelos que constam no Anexo 7 do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde.

**PARTE B – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DE ÓBITO
MATERNO (DADOS EM DOMICÍLIO)**

NOME:

NÚMERO DA D.O

9. DADOS PESSOAIS

9.1 IDADE (EM ANOS COMPLETOS)		ANOS		9.2 QUAL ERA A RAÇA /COR DELA?			
9.3 ELA VIVIA COM COMPANHEIRO?				BRANCA	01	AMARELA	04
				PRETA	02	VERMELHA (INDÍGENA)	05
1. SIM	2. NÃO	99. NÃO SABE		PARDA	03	NÃO SABE	99
9.4 ELA FREQUENTOU A ESCOLA ATÉ QUE ANO?				9.5 QUAL ERA A RENDA TOTAL FAMILIAR NO MÊS EM QUE OCORREU A MORTE? (EM SALÁRIO MÍNIMO)			
NÃO FREQUENTOU	01	SEM RENDA					01
1º GRAU INCOMPLETO	02	MENOS DE 1 SALÁRIO					02
1º GRAU COMPLETO	03	DE 1 ATÉ 2 SALÁRIOS					03
2º GRAU INCOMPLETO	04	MAIS DE 2 A 3 SALÁRIOS.....					04
2º GRAU COMPLETO	05	DE 4 A 6 SALÁRIOS					05
3º GRAU INCOMPLETO	06	MAIS DE 6 SALÁRIOS					06
3º GRAU COMPLETO	07	NÃO SABE					99
NÃO SABE	99						

9.6 CALCULE A RENDA PER CAPITA DIVIDINDO A RENDA TOTAL PELO NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA.			9.7 A FALECIDA TINHA ALGUM CONVÊNIO PRIVADO DE SAÚDE?.			
			1. SIM	2. NÃO	99. NÃO SABE	

10. HISTÓRIA OBSTÉTRICA (EXCLUINDO A GESTAÇÃO ATUAL)

(CASO ALGUMA RESPOSTA NÃO SE APLICA MARQUE 88)

10.1 QUANTAS VEZES ELA ENGRAVIDOU?							
10.2 QUANTAS FORAM PARTOS VAGINAIS?							
10.3 QUANTAS FORAM CESARIANAS?							
10.4 QUANTAS TERMINARAM EM ABORTO?							
10.5 QUANTOS NASCERAM VIVOS?							
10.6 QUANTOS NASCERAM MORTOS?							
10.7 QUANDO FOI A ÚLTIMA GESTAÇÃO ANTERIOR A ESTA? (ANOTAR O TEMPO E ANOS COMPLETOS.)							
10.8 ELA TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NAS GESTAÇÕES ANTERIORES?					10.8.1 EM CASO POSITIVO, QUAL?		
1. SIM	2. NÃO	99. NÃO SABE	88 NÃO SE APLICA		_____		

11. ANTECEDENTES PESSOAIS

12.1.4 SABE QUANTOS MESES TINHA DE GESTAÇÃO QUANDO COMEÇOU O PRÉ-NATAL ? ? (de 01 a 9. CASO NÃO SABE, COLOCAR 99)	
12.1.5 SABE COM QUANTOS MESES ELA ESTAVA QUANDO FEZ A ÚLTIMA CONSULTA? (de 01 a 09. CASO NÃO SABE, COLOCAR 99)	

12.2 SABE SE ELA DESENVOLVEU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ?	12.2.1 EM CASO POSITIVO, ANOTAR ENDEREÇO.					
	<hr/> <hr/> <hr/>					
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		

12.3 ELA FOI CONSIDERADA GESTANTE DE RISCO E ENCAMINHADA A UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ALGUM PROBLEMA RELACIONADO À GESTAÇÃO DE RISCO?	12.3.1.ELA FOI ATENDIDA NESSA UNIDADE DE REFERÊNCIA?					
	<hr/> <hr/> <hr/>					
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		

12.4.ELA FOI INTERNADA DURANTE A GESTAÇÃO?	12.4.1 EM CASO POSITIVO, QUANTAS VEZES FOI INTERNADA ?.					
	<hr/> <hr/> <hr/>					
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		
12.4.2 EM QUE LOCAIS?						
<hr/> <hr/> <hr/>						
12.4. PORQUE?						
<hr/> <hr/> <hr/>						
12.5 SE ELA NÃO FEZ O PRÉ-NATAL SABE O PORQUE?						
<hr/> <hr/> <hr/>						

13.1 – MOMENTO DO ÓBITO 	1 .DURANTE O ABORTO
	2. APÓS ABORTO
	3. NA GESTAÇÃO
	4. NO PARTO (ATÉ 1 HORA APÓS PARTO).
	5. NO PUERPÉRIO(ATÉ 42 DIAS DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO)
	6. ENTRE O 43º DIA E ATÉ 1 ANO APÓS O TÉRMINO DA GESTAÇÃO
99. NÃO SABE	

13.2 ONDE ELA MORREU? 	1. NO HOSPITAL
	2. EM CASA
	3. NA VIA PÚBLICA
	4. NA CASA DA PARTEIRA
	5. OUTRO LUGAR(ESPECIFICAR)

13.3 EM CASO DE HOSPITAL:
13.3.1 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

13.3.2 QUAL FOI O SETOR HOSPITALAR EM QUE OCORREU O ÓBITO? 	1. UTI
	2. ENFERMARIA
	3. CENTRO OBSTÉTRICO
	4. PRONTO ATENDIMENTO
	5. OUTROS
99. NÃO SABE	

13. 4 ENDEREÇO DO LOCAL DO ÓBITO

14.1 LOCAL DO PARTO OU ABORTO 	1. HOSPITAL
	2. DOMICÍLIO
	3. OUTRO
	99. NÃO SABE

14.1.1 EM CASO DE ABORTO/PARTO, EM QUE DATA OCORREU?	_ / _ / _	
14.1.2 ELA RECEBEU ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO HOSPITAL QUE PROCUROU EM TRABALHO DE PARTO OU POR OCASIÃO DO ABORTO?	1. SIM	
	2. NÃO	
	99. NÃO SABE	
14.1.3.O ABORTO FOI:	1. ESPONTÂNEO	
	2. INDUZIDO	
	3. PROVOCADO	
	99. NÃO SABE	

14.1.4 APÓS O ABORTO A FALECIDA APRESENTOU ALGUM DESTES SINTOMAS?	
01. NÃO APRESENTOU NADA	06. DIFICULDADE DE URINAR OU DEFECAR
02. FEBRE	07. FALTA DE APETITE/NÁUSEAS
03. SANGRAMENTO VAGINAL	08. TONTURAS/DESMAIOS
04. SECREÇÃO VAGINAL COM MAL CHEIRO	09. TRISTEZA/DEPRESSÃO
05. DOR NA BARRIGA	10. OUTROS
99. NÃO SABE (PASSAR PARA O ITEM 14.3)	

14.2.1 QUAL FOI O TIPO DE PARTO? 	1. NÃO TEVE PARTO ELA MORREU COM O BEBÊ NA BARRIGA
	2. PARTO VAGINAL
	3. CESARIANA
	99. NÃO SABE
14.2.2 QUEM FEZ O PARTO? 	1. MÉDICO
	2. ENFERMEIRA
	3. PARTEIRA
	4. OUTROS (ESPECIFICAR)
	99. NÃO SABE

14.2.3 ELA TEVE PROBLEMA DURANTE OU DEPOIS DO PARTO? 	1. SIM
	2. NÃO
	99. NÃO SABE.

14.2.4 SE POSITIVO QUAL?

14.3 EM ALGUM MOMENTO DA GRAVIDEZ, PARTO, ABORTO OU PUERPÉRIO ELA PRECISOU IR PARA A UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SIM
	2.NÃO (IR PARA O ITEM 14.4.1)
	99. NÃO SABE
14.3.1 SE POSITIVO, A UTI ERA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. NO MESMO HOSPITAL
	2. EM OUTRO (QUAL?)
	3. NÃO SABE
	4. NÃO CONSEGUIU VAGA
14.3.2 ELA TEVE ALTA DEPOIS QUE ABORTOU OU PARIU? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO (IR PARA O ITEM 15)
	99. NÃO SABE
14.3.3 SE POSITIVO, QUAL O PROBLEMA DE SAÚDE QUE ELA TEVE DEPOIS DO ABORTO/PARTO QUE LEVOU A MORTE ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
14.3.3 ELA FOI INTERNADA NOVAMENTE? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO (IR PARA O ITEM 15)
	99. NÃO SABE
14.3.4 SE SIM, AONDE?	<hr/> <hr/> <hr/>

15 CONDIÇÕES DO NASCIMENTO (EM CASO DE PARTO DOMICILIAR)	<hr/> <hr/> <hr/>
15.1 O BEBÊ NASCEU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. VIVO
	2. MORTO
	99. NÃO SABE

16. ALGUMA CRÍTICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO HOSPITALAR, OU A QUALQUER OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE , QUE ELA TENHA PROCURADO QUANDO PRECISOU RESOLVER O PROBLEMA QUE A LEVOU À MORTE? (PROBLEMAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS, DIFICULDADE DE OBTENÇÃO DE VAGAS, FALTA DE MEDICAMENTO, DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO COM RELAÇÃO À FAMÍLIA ENTRE OUTRAS)

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

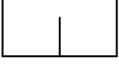
PARTE C- INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DE ÓBITO MATERNO (DADOS HOSPITALARES)

NOME DA FALECIDA: _____ NÚMERO DA D.O
.: _____

TIPO DE SEGURO SAÚDE: _____

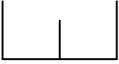
17 – HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO

17.1. DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____

 17.1.1 PROCEDÊNCIA	01. DOMICÍLIO NO MESMO MUNICÍPIO.....1
	02. DOMICÍLIO EM OUTRO MUNICÍPIO.....2
	03. TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	04. TRANSFERIDA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	05. ENCAMINHADA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	06. ENCAMINHADA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	07. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DO MESMO MUNICÍPIO
	08. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DE OUTRO MUNICÍPIO
	09. SEM INFORMAÇÃO

17.1.2 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: (COPIE OU FAÇA UM RESUMO DO MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

17.1.3 HIPÓTESE PRONTUÁRIO: _____
DIAGNÓSTICA REGISTRADA NO

17.1.4 CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO 	1. BOA
	2. REGULAR
	3. GRAVE
	4. AGONIZANTE
	5. SEM VIDA
	6. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO

17.2 EVOLUÇÃO

17.2.1 EVOLUÇÃO E TRATAMENTO MÉDICO (REGISTRAR OS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS, DIFICULDADES POR FALTA OU BAIXA QUALIDADE DE EQUIPAMENTO E FALTA DE MEDICAMENTOS OU OS DISPONÍVEIS ERAM INAPROPRIADOS, AVALIAR O INTERVALO ENTRE A INTERNAÇÃO E O PRIMEIRO ATENDIMENTO) SE NECESSÁRIO ANEXAR FOLHAS EM BRANCO

17.2.2 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

17.2.3 ANOTAÇÕES DO ANESTESISTA:

17.3 CAUSA(S) DA MORTE ESCRITA(S) NO PRONTUÁRIO: _____

18 – GESTAÇÃO ATUAL

18.1 DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ___/___/___

18.2 DATA PROVÁVEL DO PARTO ___/___/___

19 TERMINO DA GESTAÇÃO**19.1 A GESTAÇÃO
TERMINOU EM**

--	--

01. NÃO HOUVE EXPULSÃO DO EMBRIÃO/FETO

02. ABORTO ESPONTÂNEO

03. ABORTO INDUZIDO PERMITIDO POR LEI

04. ABORTO PROVOCADO

05. ABORTO SEM MENÇÃO DE ESPONTÂNEO
OU PROVOCADO

06. EXPULSÃO DA MOLA HIDATIFORME

07. COMPLICAÇÕES POR GRAVIDEZ
ECTÓPICA

08. PARTO VAGINAL

09. PARTO FORCEPS

10. CESARIANA

19.2 DATA DO TERMINO DA GESTAÇÃO

___/___/___

19.3 IDADE GESTACIONALEM SEMANAS _____ SE NÃO HOUVER
COLOCAR EM MESES _____**19.4.1 EM CASO DE ABORTO
PROVOCADO OU INDUZIDO.QUAL
FOI O PROCEDIMENTO UTILIZADO
PARA INDUÇÃO DO ABORTO?
(NESTE ITEM PODE SER
ASSINALADO MAIS DE UM
PROCEDIMENTO)**

--	--

01.AMIU/ SUCÇÃO

02. DROGAS QUAL? _____

03. CURETAGEM

04. SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS

05. FÍSICOS (SONDAS,ETC)

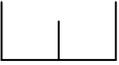
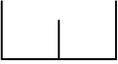
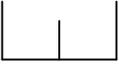
06. MICRO-CESÁREA

07. CHÁS CASEIROS

08. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO

09. NÃO SABE

19.4.2 INTERCORRÊNCIAS NO ABORTO 	01. NÃO APRESENTOU NADA
	02. FEBRE
	03. SANGRAMENTO VAGINAL
	04. SECREÇÃO VAGINAL COM MAL CHEIRO
	05. DOR NA BARRIGA
	06. DIFICULDADE DE URINAR OU DEFECAR
	07. FALTA DE APETITE/NÁUSEAS
	08. TONTURAS/DESMAIOS
	09. TRISTEZA/DEPRESSÃO
	10. INFECÇÃO
	11. PERFURAÇÃO
	12. OUTROS (ESPECIFICAR)
	88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
99. NÃO SABE	
19.5 PARTO (RESPONDER QUANDO A GESTAÇÃO TERMINOU EM PARTO COM MAIS DE 20 SEMANAS) 19.5.1 INDUÇÃO DO PARTO 	1.SIM
	2.NÃO
	88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
	99.NÃO SABE
19.5.2 DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO (PARTOGRAMA)	_____ HORAS 88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
19.5.3 DROGAS USADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	NOME DA DROGA E DOSAGEM _____ SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
19.5.4 BOLSA ROTA 	1.SIM
	2.NÃO
	88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
	99.NÃO SABE
19.5.5 SE A BOLSA ESTAVA ROTA ANOTAR O TEMPO	_____ HS 88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO

19.5.6 INTERCORRÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO . 	1.SEM COMPLICAÇÕES 2.ECLÂMPZIA 3.PRÉ-ECLÂMPZIA 4.SANGRAMENTO 5.TP PROLONGADO 6.OBSTRUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO 7.HIPERTONIA 8.SOFRIMENTO FETAL 9.CORIOAMNIONITE 10.OUTRA (ESPECIFICAR) 88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99.NÃO SABE
19.5.7 INTERCORRÊNCIA NO PARTO 	1.SEM COMPLICAÇÕES 2.ATONIA UTERINA 3.RETENÇÃO PLACENTÁRIO 4.LACERAÇÃO DE PARTES MOLES 5.OUTRAS (ESPECIFICAR) 6.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 7.NÃO SABE
19.5.8 INDICAÇÃO DA CESARIANA 	1.O PARTO FOI VAGINAL 2.DUAS OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES 3.CESÁREA EM MORTE MATERNA IMINENTE OU POST MORTEM 4.SOFRIMENTO FETAL 5.DESPROPORÇÃO CEFALO-PELVICA 6.DISTOCIA FUNCIONAL 7.DPP/FETO VIVO 8.PROLAPSO DE CORDÃO 9.IMINÊNCIA E/OU ROTURA UTERINA 10.OUTRA (ESPECIFICAR) 11.SEM INFORMAÇÃO
19.6 INFORMAÇÕES ADICIONAIS 19.6.1 OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS ALÉM DO PARTO, DA CESÁREA OU ABORTO 	0.NÃO HOUE NECESSIDADE DE REALIZAR OUTROS PROCEDIMENTOS 1.HISTERECTOMIA 2.LIGADURA DE ARTÉRIAS HIPOGASTRICAS 3.OUTROS (ESPECIFICAR) _____ 99.SEM INFORMAÇÃO
19.7.1 ANESTESIA 	1.SIM 2.NÃO(SE, NÃO IR PARA O ITEM 19.13) 99.SEM INFORMAÇÃO

19.7.2 TIPO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/>	1.LOCO REGIONAL
	2.PERIDURAL
	3.RAQUIDIANA
	4.GERAL
	5.SEM INFORMAÇÃO
19.7.3 QUEM REALIZOU? <input type="checkbox"/>	1. ANESTESISTA
	2. OUTRO (ESPECIFICAR)
	3. SEM INFORMAÇÃO
19.7.4 COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA <input type="checkbox"/>	SIM
	NÃO
	SEM INFORMAÇÃO
19.7.5 SE SIM, QUAL?	<hr/> <hr/> <hr/>
19.8.1 HOVE NECESSIDADE DE SANGUE/HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO.(SE NÃO, IR PARA O ITEM 20.1)
	99. NÃO SABE
19.8.2 ELA RECEBEU SANGUE/HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/>	1.SIM
	2. NÃO
	99. SEM INFORMAÇÃO
19.8.3 DE QUE NATUREZA <input type="checkbox"/>	1.PAPA DE HEMÁCIAS
	2.PLASMA FRESCO CONGELADO
	3.CRIOPRECIPITADO
	4.CONCENTRADO DE PLAQUETAS
	5.OUTROS
	99.SEM INFORMAÇÃO
19.9.4 QUAL FOI O INTERVALO DE TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRESCRIÇÃO E A ADMINISTRAÇÃO DO SANGUE OU HEMODERIVADOS?	<hr/>
19.9.5 QUAL FOI A QUANTIDADE DE BOLSAS ADMINISTRADAS? _____	

20 CONDIÇÕES AO NASCER	
O RECÉM-NASCIDO NASCEU 	1. VIVO
	2. MORTO
20.2 SE MORTO, FOI: 	1. ANTES DO PARTO
	2. INTRAPARTO
	99. NÃO SABE
20.3 PESO (EM GRAMAS)	G
20.4 APGAR	1º MINUTO _____
	5º MINUTO _____

21. DADOS DO PUERPÉRIO

21.1. INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO ATÉ 2 HORAS PÓS-PARTO. 	1. SEM INTERCORRÊNCIA
	2. SANGRAMENTO
	3. ATONIA UTERINA
	4. PLACENTA ACRETA
	5. OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99. SEM INFORMAÇÃO
21.2 INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO DE 2 HORAS PÓS-PARTO ATÉ A ALTA HOSPITALAR 	1. SEM INTERCORRÊNCIA
	2. SANGRAMENTO
	3. INFECÇÃO PUERPERAL
	4. EMBOLIAS
	5. OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99. SEM INFORMAÇÃO
21.3 INTERCORRÊNCIAS DA ALTA ATÉ 42 DIAS PÓS TERMINO DA GESTAÇÃO. 	1. SEM INTERCORRÊNCIAS
	2. SANGRAMENTO
	3. INFECÇÃO PUERPERAL
	4. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
	5. EMBOLIAS
	6. DEPRESSÃO PUERPERAL
	7. OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99. SEM INFORMAÇÃO
21.4 CONDIÇÕES DE ALTA 	1. BOM ESTADO GERA
	2. ÓBITO
	3. TRANSFERÊNCIAS
	4. OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99. SEM INFORMAÇÃO

21.5 PROFISSIONAL QUE PRESTOU ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/>	1.OBSTETRA
	2.ENFERMEIRA
	3.CLÍNICO GERAL
	4.PARTEIRA
	5.OUTRO (ESPECIFICAR)
99.SEM INFORMAÇÃO	

22 CUIDADOS INTENSIVOS	
22.1 HOUE NECESSIDADE DE UTI? <input type="checkbox"/>	1.SIM
	3. NÃO (SE NÃO, IR PARA O ITEM 23)
	99. SEM INFORMAÇÃO
22.2 FOI ENCAMINHADA À UTI ? <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO
	99.SEM INFORMAÇÃO
22.3 EM CASO POSITIVO, QUAL FOI O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A SOLICITAÇÃO E A TRANSFERÊNCIA? _____ HS.	
22.4 EM CASO NEGATIVO, POR QUE?	_____ _____ _____
23 FOI SOLICITADA E REALIZADA A NECRÓPSIA <input type="checkbox"/>	1.SIM
	2.NÃO
	99.NÃO SABE
	OBS:(EM CASO POSITIVO DEVE SER PREENCHIDO O FORMULÁRIO REFERENTE AOS DADOS DA NECROPSIA.)

Responsável pelo preenchimento: _____

PARTE D – LAUDO DE NECROPSIA

Nome da falecida: _____

Data de falecimento ____/____/____ Número da D.O .: _____

Causa morte: _____

DESCRIÇÃO DO LAUDO DE NECRÓPSIA:
(Ou de informações relevantes da guia policial)

Exame macroscópico (Transcrever os principais achados)

Exame microscópico e/ou toxicológico: _____

Responsável pelo
preenchimento:.....

	3. Inconclusivo	
--	-----------------	--

Se negativo, quais os motivos?	
Se inconclusivo, por que?	
Na opinião do Comitê a assistência no parto ou aborto foi adequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo
Se negativo, quais os motivos?	
Se Inconclusivo, por que?	
Na opinião do Comitê a assistência no puerpério foi adequada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo
Se negativo, Quais os motivos?	<hr/> <hr/> <hr/>
Se inconclusivo, por que?	<hr/> <hr/> <hr/>
Evitabilidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01.Evitável 02.Provavelmente evitável 03.Inevitável
Fatores de evitabilidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01.Comunidade/família/gestante 02.Profissional 03.Institucional 04.Sociais 05.Intersetorias
Classificação do Óbito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01. Materno (até 42 dias pós termino da gestação) 02.Materno Tardio (de 43 dias a menos de 03 Ano no termino da gestação) 04. Não Obstétrico 09 Ignorado
Óbito Materno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01. Obstétrico Direto 02. Obstétrico Indireto 03. Inconclusivo se obstétrico direto ou indireto 04.Não relacionado à gravidez
Óbito Materno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Declarado 2. Não Declarado

Recomendações do Comitê:

Correção da DO :

Parte I _____

Parte II

Assistência Hospitalar : _____

Assistência

Pré-

Natal: _____

: _____

Outras: _____
