



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação de Ciclos de Vida

ANEXO 1 - MODELO DE RELATÓRIO EXECUTIVO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO COM INCLUSÃO DE MARCADORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Nº DO:

Data do óbito:

Tipo e momento do óbito:

Município residência:

Município ocorrência:

Macrorregião de saúde:

Microrregião de saúde:

URS (Unidade Regional de Saúde):

Data da conclusão da investigação:

CASO CLÍNICO

Iniciais do nome, idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação habitual.

Incluir história, em ordem cronológicas dos fatos/acontecimentos; exames laboratoriais; hipóteses diagnósticas e condutas.

Paridade (Nº de partos vaginais; Nº de partos cesáreos; Nº de abortamentos/perdas fetais):

Nº de consultas de pré-natal (PN):

Data e Idade Gestacional (meses ou semanas) da 1ª consulta de PN:

Data e Idade Gestacional (em semanas) da última consulta de PN

Tipo de estabelecimento (s) de saúde onde fez o PN:

() Atenção Primária à Saúde (APS)/ Unidade Básica de Saúde (UBS)

() Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)/ Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)/ Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE)/ Média Complexidade

() Outro:

Data do parto:

Tipo de parto: () Parto vaginal () Cesariana () Operatório: Fórceps/Vácuo-extrator () Não sabe

Tipo de estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto: Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas):

Momento do óbito:

() Durante a gestação () Durante abortamento () Após abortamento () No parto ou até 1 hora após parto () No puerpério - até 42 dias do término da gestação () Entre o 43 dia e até 1 ano após o término da gestação () Mais de um ano após o parto () A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito

INVESTIGAÇÃO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

Incluir dados de todos os pontos de cuidado da Rede de Assistência à Saúde (RAS):

APS (UBS); AAE (CEAE/MÉDIA COMPLEXIDADE-PNAR); AH; URGÊNCIA e EMERGÊNCIA (UPA).

Incluir dados relevantes da investigação domiciliar.

RESULTADO DA ANÁLISE DOS ÓBITOS

A investigação acrescentou e/ou corrigiu a informação?

Não acrescentou nem corrigiu informação.

Sim, permitiu o resgate de novas informações.

Sim, permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente.

O caso foi encaminhado para o Comitê Prevenção de Mortalidade Materna? sim não

O Comitê Prevenção de Mortalidade Materna elaborou devolutiva? sim não

CAUSAS DA MORTE APRESENTADA

Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da D.O. original.

Descrição dos diagnósticos e CID

DO original	Construção da DO após discussão do caso
Parte I	
a	
b	
c	
d	
Parte II	

A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbito além das causas de óbito?
sim não

Caso afirmativo, quais campos e que alterações?

Raça/Cor Escolaridade Ocupação Estado civil

Campo	
Estava:	Investigação alterou para:
Campo	
Estava:	Investigação alterou para:
Campo	
Estava:	Investigação alterou para:

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO APRESENTADA

MIF Direto Indireto Tardio Não obstétrico Declarado Não Declarado Ignorado Inconclusivo

EVITABILIDADE APRESENTADA

Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS do Brasil. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a16.pdf>

1	Causas de morte evitáveis
1.1	Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção
1.2	Reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas
1.3	Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis
1.4	Reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna
1.5	Reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências)
2	Causas de morte mal definidas
3	Causas de morte não evitáveis

MARCADORES PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Hipótese diagnóstica registrada no prontuário (campo 12): sim () não ()

Profissional que fez/acompanhou o parto ou aborto (campo 27): sim () não ()

Foi utilizado partograma? (campo 37): sim () não ()

Houve prescrição de sangue ou derivado? (campo 45): sim () não ()

Houve necessidade de UTI? sim () não () Tempo que levou para ser internado. (campo 51):

INFORMAÇÕES OBTIDAS ATRAVÉS

Investigação hospitalar: sim () não ()

Investigação ambulatorial: sim () não ()

Investigação domiciliar: sim () não ()

E-SUs: sim () não ()

Cartão de gestante: sim () não ()

Laudo IML: sim () não ()

SINAN: sim () não ()

Relatório do SUSFÁCIL

Foi solicitado leito? sim () não () Tempo decorrido:

Distância:

Outras informações pertinentes:

ANÁLISE DO CASO

RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Planejamento familiar:
- Pré-natal:
- Assistência ao parto:
- Assistência na maternidade:
- Assistência no Centro de Saúde/UBS:
- Assistência na urgência/emergência:
- Assistência no hospital:
- Organização do sistema/serviço de saúde:
- Outras:

Elaborado por:

Data: