

Ficha de Análise da Evitabilidade do Óbito Fetal / Infantil

nº _____

I	Identificação	
Dados da Criança	Nome: _____ <input type="checkbox"/> Ign.	
	Nº da DO: _____ - _____ Tipo de óbito: <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Infantil	
	Data do óbito: _____ Semana gestacional _____ sem	
	Hora do óbito: _____ h _____ min <input type="checkbox"/> Ign. Idade: _____ M _____ D _____ H _____ Min	
	Data de nascimento: _____ APGAR ____/____/____	
	Hora do Nascimento: _____ h _____ min Peso ao nascer _____	
Dados Maternos	Nome da mãe: _____ Idade: _____	
	Raça/cor da mãe: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ign. Quantidade Consulta Pré-natal _____	
	Nº Filhos vivos _____ Nº Filhos mortos _____ Gestação: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Múltipla	
	Escolaridade da mãe: <input type="checkbox"/> Sem escol. <input type="checkbox"/> Fund. I (1ª-4ª série) <input type="checkbox"/> Fund. II (5ª-8ª série) <input type="checkbox"/> Médio (2º grau) <input type="checkbox"/> Sup. Incompl. <input type="checkbox"/> Sup. Compl. <input type="checkbox"/> Ign.	
	Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> vivia com parceiro <input type="checkbox"/> não vivia com parceiro <input type="checkbox"/> Ign. Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Ign	
Residência	Endereço: _____ <input type="checkbox"/> Ign.	
	Município: _____ RS _____ UF: _____	
	A área tem cobertura por: <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores Pré-natal: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	
II	Identificação do estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito	
Estabelecimento	Nome: _____	
	CNES: _____ <input type="checkbox"/> Ign.	
	Tipo de estabelecimento: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Convênio SUS <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outro	
	Município: _____ RS _____ UF: _____	
	Identificação do estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto	
	Nome: _____	
CNES: _____ <input type="checkbox"/> Ign.		
Tipo de estabelecimento: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Convênio SUS <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Domiciliar		
Município: _____ RS _____ UF: _____		
III	Fatores Determinantes para o óbito:	
A	Da comunidade e da mulher (mãe, família e cuidadores):	
	<input type="checkbox"/> Recusa em procurar a assistência necessária <input type="checkbox"/> Recusa em seguir orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas <input type="checkbox"/> falta de reconhecimento do problema <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____	
	Profissionais:	
B	<input type="checkbox"/> Falta de identificação do risco reprodutivo <input type="checkbox"/> Falta de vigilância do risco gestacional <input type="checkbox"/> Falta de qualidade pré-natal <input type="checkbox"/> Falha diagnóstica <input type="checkbox"/> Inadequação de procedimentos e tratamentos <input type="checkbox"/> Falta de indicação adequada do tipo de parto <input type="checkbox"/> Falta de comunicação entre profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Falta de qualidade na assistência imediata ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> Falta/ falha na assistência à criança na maternidade <input type="checkbox"/> Falta/ Falha na assistência à criança na urgência / emergência <input type="checkbox"/> Falta/ falha na assistência hospitalar à criança <input type="checkbox"/> Falta de vinculação em tempo oportuno <input type="checkbox"/> Falta de acesso a métodos contraceptivos	
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____	
	Institucionais:	
C	<input type="checkbox"/> Falta de captação precoce <input type="checkbox"/> Falta de busca ativa da mulher da família e da criança	
	<input type="checkbox"/> Número de consultas inadequado <input type="checkbox"/> Carência de leitos neonatais e pediátricos <input type="checkbox"/> Falta de leitos em UTIs <input type="checkbox"/> Falta de sangue e hemoderivados <input type="checkbox"/> Falta de medicamentos <input type="checkbox"/> Falta de equipamento ou manutenção de equipamento <input type="checkbox"/> Uso inadequado ou ausência de protocolos no serviço <input type="checkbox"/> Falta de recursos humanos <input type="checkbox"/> Falta de insumos <input type="checkbox"/> Falha no sistema de referência e contra referência para tratamento de RN/criança de risco <input type="checkbox"/> Transporte Inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho da equipe <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____	

