



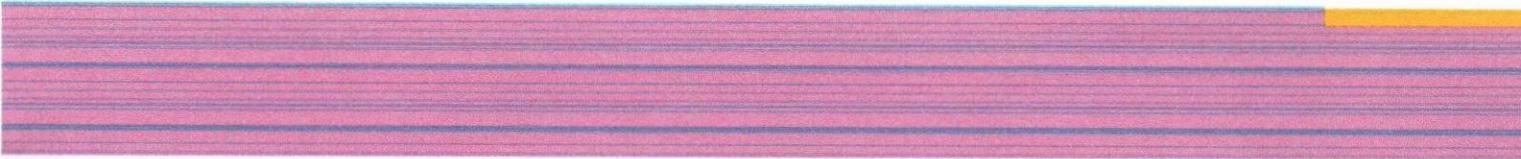
## MODELOS DE AMOSTRAS DO MATERIAL GRÁFICO

### AMOSTRAS

LOTE 01 - PVC 3MM, IMPRESSÃO UV DE ALTA RESOLUÇÃO, COM APLICAÇÃO NO LOCAL.



LOTE 02 - PVC 3MM, IMPRESSÃO UV DE ALTA RESOLUÇÃO, COM APLICAÇÃO NO LOCAL.

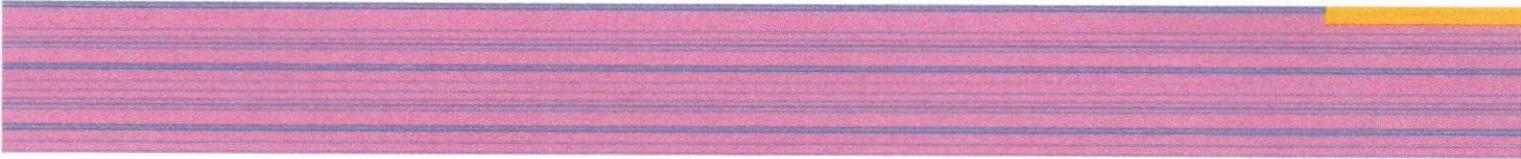
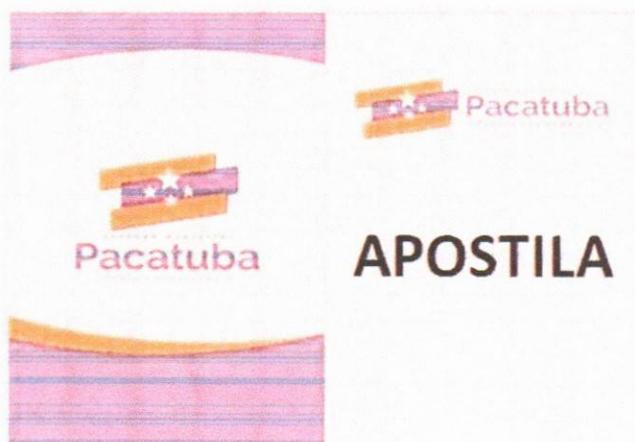




**LOTE 03 - APOSTILA. CAPA 42X29,7CM (ABERTO), 4X0 CORES EM TRIPLEX 250G. MIOLO 21X29,7CM (FECHADO), PAPEL OFFSET 90G, IMPRESSÃO 4X4 CORES, COM ATÉ 160 PÁGINAS. ENCADERNAÇÃO EM ESPIRAL COM CAPA EM PVC. (MODELOS VARIADOS)**



**LOTE 04 - APOSTILA. CAPA 42X29,7CM (ABERTO), 4X0 CORES EM TRIPLEX 250G. MIOLO 21X29,7CM (FECHADO), PAPEL OFFSET 90G, IMPRESSÃO 4X4 CORES, COM ATÉ 160 PÁGINAS. ENCADERNAÇÃO EM ESPIRAL COM CAPA EM PVC. (MODELOS VARIADOS)**





**LOTE 06 - CERTIFICADO ESPECIAL, 21X29,7CM, PAPEL COUCHÊ FOSCO 300G, 4X0 CORES, COM HOTSTAMPING DOURADO. PEDIDO - 50 UNIDADES**



**LOTE 09 - APOSTILAS COM CAPA TAMANHO A4 (21,0 X 29,7 CM), IMPRESSÃO 1X1 (COLORIDA), ATÉ 96 PÁGINAS, ACETATO TRANSPARENTE E FOSCO E ESPIRAL PRETO (LADO MAIOR)**



**LOTE 10 - APOSTILAS COM CAPA TAMANHO A4 (21,0 X 29,7 CM), IMPRESSÃO 1X1 (COLORIDA), ATÉ 96 PÁGINAS, ACETATO TRANSPARENTE E FOSCO E ESPIRAL PRETO (LADO MAIOR)**



**LOTE 11 - PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, MATERIAL DE NYLON, TAMANHO 02X24CM, COM IMPRESSÃO MONOCROMATICA, LACRE ADESIVO.**



**LOTE 12 - PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, MATERIAL DE NYLON, TAMANHO 02X24CM, COM IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA, LACRE ADESIVO.**



**LOTE 13 - CAMISA GOLA REDONDA PERSONALIZADA, PARA ADULTO, TAMANHO VARIADO (PP, P, M, G E GG), MAGAS CURTAS, MALHA PV (67% POLIÉSTER E 33% VISCOSE), CORES VARIADAS CONFORME ANEXO, FIO 30.1 - SUBLIMAÇÃO (IMPRESSÃO SUBLIMADA TOTAL FRENTE E COSTA). SERÁ ENCAMINHADA A ILUSTRAÇÃO DE ACORDO COM O TEMA DA CAMPANHA PELO CONTRATANTE.**



**LOTE 14 - CAMISA GOLA REDONDA PERSONALIZADA , PARA ADULTO, TAMANHO VARIADO (PP, P, M, G E GG), MAGAS CURTAS, MALHA PV (67% POLIÉSTER E 33% VISCOSE), CORES VARIADAS CONFORME ANEXO, FIO 30.1 - SUBLIMAÇÃO (IMPRESSÃO SUBLIMADA TOTAL FRENTE E COSTA). SERÁ ENCAMINHADA A ILUSTRAÇÃO DE ACORDO COM O TEMA DA CAMPANHA PELO CONTRATANTE.**



**LOTE 15 - CARIMBO AUTO TINTADO TIPO ESTOJO AUTOMATICO COM TEXTO PERSONALIZADO CONFECCIONADO EM PLÁSTICO MODELO PRINTER 20, DIMENSOES 38MMx14MM, CORES VARIADAS.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACATUBA

ORGÃO: \_\_\_\_\_

SERVIDOR: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_



**LOTE 05 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL – F1, BLOCO 100X1 VIA, 1X1  
COR, TAMANHO 21X30CM, PAPEL OFFSET 90G.**



## Ficha de Investigação de Óbito Materno

Entrevista domiciliar



IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)		Compl.
	Bairro	Distrito/Povoado	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência		UF
6	Nº do Cartão SUS	7	Equipe/PACS/PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
8	Centro de Saúde/UBS	9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
10.1	Relação com a Falecida	<input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar	
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA			
11	Qual a idade da falecida? <input type="text"/> anos		
12	Qual era a raça/cor da falecida?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> não sabe	
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação)	<input type="checkbox"/> série <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe	
13.1	Assinalar qual a escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Não sabe	
14	Ela vivia com um companheiro?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
15	Qual o estado civil?	<input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe	
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde?	<input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
17	Quantas pessoas moram nesta casa?	<input type="text"/> pessoas <input type="checkbox"/> não sabe	
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	<input type="text"/> torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA			
Para este bloco, excluir a gestação atual.			
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta?		<input type="text"/> vezes <input type="checkbox"/> não sabe
19.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe	
19.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe	
20	Qual a data do último parto ou aborto		<input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?		
	<input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> doença do coração <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões <input type="checkbox"/> sífilis <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outra. Especificar



**DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES**

Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. pulmonar, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental	<input type="checkbox"/> não sabe

23 Fazia algum tratamento?  sim  não  não sabe

23.1 Qual? (Anotar todos que referir)

24 Ela menstrua?  sim  não  não sabe

24.1 Sangrava muito durante o período menstrual?  sim, por quanto tempo?  não  não sabe

24.2 Sangrava entre os períodos menstruais?  sim, por quanto tempo?  não  não sabe

25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou?  sim  não  não sabe

25.1 Em caso negativo, por que não?

<input type="checkbox"/> Queria engravidar	<input type="checkbox"/> Não tinha acesso ao serviço	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> O serviço de saúde não tinha método	<input type="checkbox"/> Outra situação	

26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?  sim  não  não sabe

**GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL**

27 A gravidez foi  única  gemelar  trigemelar ou mais  não sabe

28 Quando ela morreu?

<input type="checkbox"/> Durante o aborto	<input type="checkbox"/> No parto, até uma hora após o parto
<input type="checkbox"/> Após o aborto	<input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação
<input type="checkbox"/> Na gestação	<input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer	<input type="checkbox"/> não sabe

29 Ela fez pré-natal?  sim  não  não sabe

29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal?  meses  não sabe

29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal?  meses  não sabe

29.3 Quantas consultas fez no pré-natal?  consultas  não sabe

29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal

Código CNES

29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal  cartão não disponível

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta

30 Foi considerada gestante de alto risco?  sim  não  não se aplica  não sabe

30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Com quantas semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	<input type="checkbox"/> não sabe		
30.3	Local do PN de alto risco	<input type="checkbox"/> não sabe		
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> vezes	<input type="checkbox"/> não sabe		
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="checkbox"/> não sabe		
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?			
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	
	<input type="checkbox"/> Cardiopatas	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	
	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)			<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/>			
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quais medicamentos usou?			
34	Se não fez pré-natal, por quê não?	<input type="checkbox"/> não se aplica		
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?			
35.2	Durante a gravidez apresentou			
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> convulsões	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> inchaço, onde
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/> dores de cabeça	<input type="checkbox"/> nenhuma
	<input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos)	<input type="checkbox"/> outra		
<b>PARTO OU ABORTO</b>				
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?			
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>			
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe



38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe				
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher	<input type="checkbox"/> outro. Qual?	<input type="checkbox"/> não sabe					
		<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual?							
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe			
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente	<input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe				
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema					
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe					
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro					
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão						
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe				
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas						
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe				
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe				
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe				
39.7	Qual foi a causa do aborto?								
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe			
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema					
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe					
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro					
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão						
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?								
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe				
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar					
41.1	Endereço do local do óbito				<input type="checkbox"/> não sabe				
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu				<input type="checkbox"/> não se aplica				
						Código CNES			
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica					
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe						
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro						





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde



MIF

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1 Nome da falecida			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)		Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência			UF
6 Nº do Cartão SUS		7 Equipe/PACS/PSF	
8 Centro de Saúde/UBS		9 Distrito Sanitário/Administrativo	
OCORRÊNCIA			
10 Local de ocorrência do óbito			
Nome do estabelecimento		Código CNES	
11 Município de ocorrência			UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO			
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<small>Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 - Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.</small>			
_____ _____ _____ _____			
14 Resumo do caso - Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.			
_____ _____ _____ _____			
15 Data da investigação		____	
16 Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica	



Nº do Caso  
\_\_\_\_

# Ficha de Investigação de Óbito Materno

Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)		Compl.
Bairro		Distrito/Povoado	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência		UF
6	Nº do Cartão SUS	7	Equipe/PACS/PSF
8	Centro de Saúde/UBS	9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
10.1	Relação com a Falecida <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____		
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA			
11	Qual a idade da falecida? _____ anos		
12	Qual era a raça/cor da falecida? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> não sabe		
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação) <input type="checkbox"/> série <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe		
13.1	Assinalar qual a escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Não sabe		
14	Ela vivia com um companheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
15	Qual o estado civil? <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe		
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde? <input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
17	Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas <input type="checkbox"/> não sabe		
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? _____ torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe		
HISTÓRIA OBSTÉTRICA			
Para este bloco, excluir a gestação atual.			
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta? _____ vezes <input type="checkbox"/> não sabe		
19.1	Essas gravidezes resultaram em <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe		
19.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe		
20	Qual a data do último parto ou aborto _____ <input type="checkbox"/> não sabe		
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?		
<input type="checkbox"/> pressão alta			<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões
<input type="checkbox"/> doença do coração			<input type="checkbox"/> sífilis
<input type="checkbox"/> diabetes			<input type="checkbox"/> HIV/Aids
<input type="checkbox"/> infecção urinária			<input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã
			<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro
			<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
			<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____



**DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES**

Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. pulmonar, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental	<input type="checkbox"/> não sabe

23 Fazia algum tratamento?  sim  não  não sabe

23.1 Qual? (Anotar todos que referir)

24 Ela menstruava?  sim  não  não sabe

24.1 Sangrava muito durante o período menstrual?  sim, por quanto tempo?  não  não sabe

24.2 Sangrava entre os períodos menstruais?  sim, por quanto tempo?  não  não sabe

25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou?  sim  não  não sabe

25.1 Em caso negativo, por que não?

<input type="checkbox"/> Queria engravidar	<input type="checkbox"/> Não tinha acesso ao serviço	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> O serviço de saúde não tinha método	<input type="checkbox"/> Outra situação	

26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?  sim  não  não sabe

**GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL**

27 A gravidez foi  única  gemelar  trigemelar ou mais  não sabe

28 Quando ela morreu?

<input type="checkbox"/> Durante o aborto	<input type="checkbox"/> No parto, até uma hora após o parto
<input type="checkbox"/> Após o aborto	<input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação
<input type="checkbox"/> Na gestação	<input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer	<input type="checkbox"/> não sabe

29 Ela fez pré-natal?  sim  não  não sabe

29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal?  meses  não sabe

29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal?  meses  não sabe

29.3 Quantas consultas fez no pré-natal?  consultas  não sabe

29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal

Código CNES

29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal  cartão não disponível

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta

30 Foi considerada gestante de alto risco?  sim  não  não se aplica  não sabe

30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Com quantas semanas? _____ semanas	<input type="checkbox"/> não sabe		
30.3	Local do PN de alto risco	<input type="checkbox"/> não sabe		
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes? _____ vezes	<input type="checkbox"/> não sabe		
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="checkbox"/> não sabe		
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação _____ semanas	Local _____	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação _____ semanas	Local _____	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?			
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	
	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)			
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
32.1	Em que época da gravidez?	no _____ mês de gestação	ou a partir do _____ mês de gestação	
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quais medicamentos usou?			
34	Se não fez pré-natal, por quê não?	<input type="checkbox"/> não se aplica		
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?			
35.2	Durante a gravidez apresentou			
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> convulsões	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> inchaço, onde
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/> dores de cabeça	<input type="checkbox"/> nenhuma
	<input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos)	<input type="checkbox"/> outra		
<b>PARTO OU ABORTO</b>				
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?			
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital		<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____			
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto _____	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe

<b>38.8</b>	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>38.9</b>	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>38.10</b>	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher	<input type="checkbox"/> outro. Qual? _____		
		<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____		<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>38.11</b>	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>38.12</b>	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
		<input type="checkbox"/> não sabe			
<b>38.13</b>	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente
		<input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>38.14</b>	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>38.15</b>	Após o parto apresentou				
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema		
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro		
	<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão			
<b>39</b>	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto	<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"/>	<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"/>	<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"/>
<b>39.1</b>	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>39.2</b>	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>39.3</b>	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas		
<b>39.4</b>	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>39.5</b>	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>39.6</b>	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>39.7</b>	Qual foi a causa do aborto?				
<b>39.8</b>	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>39.9</b>	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>39.10</b>	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
		<input type="checkbox"/> não sabe			
<b>39.11</b>	Após o aborto apresentou				
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema		
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro		
	<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão			
<b>40</b>	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
<b>41</b>	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
<b>41.1</b>	Endereço do local do óbito	<input type="checkbox"/> não sabe			
<b>41.2</b>	Nome do serviço de saúde onde faleceu	<input type="checkbox"/> não se aplica			
		Código CNES _____			
<b>41.3</b>	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro		





**LOTE 7 - DIÁRIO DE COPROSCOPIA E TRATAMENTO, BLOCO 100X1 VIA, 1X1 COR, TAMANHO 21X30CM, PAPEL OFFSET 90G.**





**LOTE 8 - DIÁRIO DE COPROSCOPIA E TRATAMENTO, BLOCO 100X1 VIA, 1X1 COR,  
TAMANHO 21X30CM, PAPEL OFFSET 90G.**

