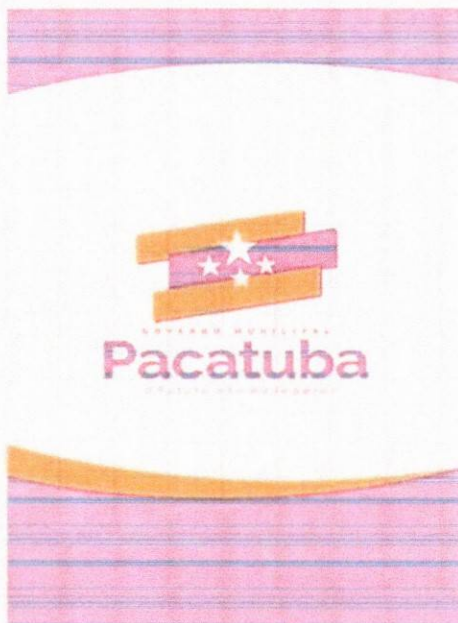




MODELOS DE AMOSTRAS DO MATERIAL GRÁFICO

AMOSTRAS

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

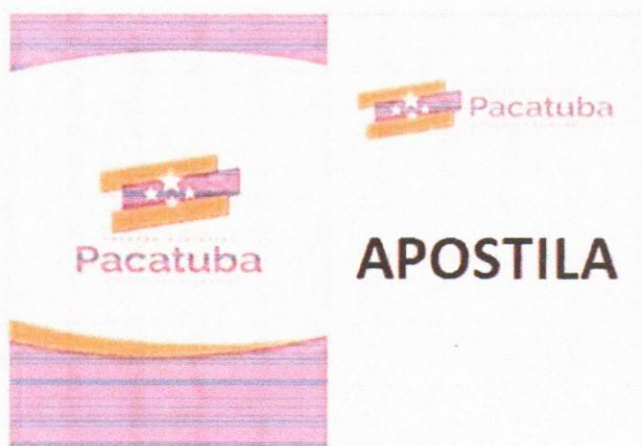


LOTE 02 - PVC 3MM, IMPRESSÃO UV DE ALTA RESOLUÇÃO, COM APLICAÇÃO NO LOCAL.

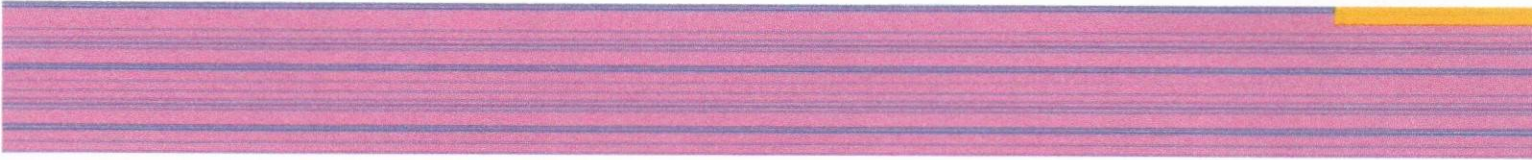




LOTE 03 - APOSTILA. CAPA 42X29,7CM (ABERTO), 4X0 CORES EM TRIPLEX 250G. MIOLO 21X29,7CM (FECHADO), PAPEL OFFSET 90G, IMPRESSÃO 4X4 CORES, COM ATÉ 160 PÁGINAS. ENCADERNAÇÃO EM ESPIRAL COM CAPA EM PVC. (MODELOS VARIADOS)



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 MONOCROMÁTICA, 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: _____

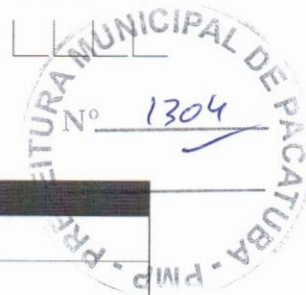


**LOTE 05 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL – F1, BLOCO 100X1 VIA, 1X1
COR, TAMANHO 21X30CM, PAPEL OFFSET 90G.**



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"/> 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?	<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"/> ataque, epilepsia ou convulsões <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> doença do coração <input type="checkbox"/> sífilis <input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã <input type="checkbox"/> outra. Especificar			

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		
PARTO OU ABORTO				
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 <input type="checkbox"/> não sabe
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"/> por indicação médica. Qual? _____	<input type="checkbox"/> não sabe							
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"/> 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



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
<p>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.</p>			
<p>_____ _____ _____ _____</p>			
14 Resumo do caso - Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.			
<p>_____ _____ _____ _____</p>			
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 _____



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"/> 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="text"/>		
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <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		
PARTO OU ABORTO				
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="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

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"/> por indicação médica. Qual? _____ <input type="checkbox"/> não sabe			
38.11	O sangramento/secção 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"/> 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			



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.**

