



**FICHA DE CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR CAUSAS EVITÁVEIS OU REDUZÍVEIS**

## Código de retorno REDCap

## **BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO**

1. Data da reunião \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2. Número da reunião** \_\_\_\_\_

### 3. Nome do falecido

#### 4. ID REDCap

## BLOCO II – INVESTIGAÇÃO REALIZADA

## 2.1 Doença/agravo investigado

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> [ ] Acidentes por Animais Peçonhentos | <input type="checkbox"/> [ ] Febre Maculosa          | <input type="checkbox"/> [ ] Leishmaniose Visceral |
| <input type="checkbox"/> [ ] Doença de Chagas                  | <input type="checkbox"/> [ ] Hanseníase              | <input type="checkbox"/> [ ] Leptospirose          |
| <input type="checkbox"/> [ ] Doenças Diarreicas Agudas         | <input type="checkbox"/> [ ] Hantavirose             | <input type="checkbox"/> [ ] Malária               |
| <input type="checkbox"/> [ ] Esquistossomose                   | <input type="checkbox"/> [ ] Leishmaniose Tegumentar |  |

5. 2.2 Foi realizada outra investigação de óbito? [ ] Sim [ ] Não

### 2.3 Se realizada outra investigação, qual?

- Óbito fetal/infantil       Óbito materno       Mulher em idade fértil       Causa mal definida  
 Arboviroses       HIV/Aids       Tuberculose       Outra

### 2.3.1 Se outra investigação de óbito, qual?

### **BLOCO III – INFORMAÇÃO DO ÓBITO**

### 3.1 Resumo da investigação

**BLOCO IV – QUALIFICAÇÃO DAS CAUSAS DO ÓBITO**

4.1 A investigação permitiu alterar a(s) causa(s) do óbito? [ ] Sim [ ] Não [ ] Inconclusivo

#### 4.2 Quais as causas do óbito APÓS a conclusão da investigação?

<b>Causas da morte - Parte I</b>		<b>CID</b>
a	Devido ou como consequência de	_____
b	Devido ou como consequência de	_____
c	Devido ou como consequência de	_____
d	_____	_____
<b>Causas da morte - Parte II</b>		<b>CID</b>
II	_____	_____
III	_____	_____

#### 4.3 Qual a causa básica após a conclusão da investigação?

## **BLOCO V – EVITABILIDADE DO ÓBITO**

5.1 O óbito poderia ter sido evitado? [ ] Sim [ ] Não [ ] Inconclusivo

## 5.2 Se óbito evitável, especifique abaixo quais fatores de evitabilidade está atribuído

### 5.2.1 Institucionais de Saúde

- |  |   |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Assistência inadequada na atenção primária à saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência inadequada na urgência/emergência</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência inadequada na internação</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas com a rede laboratorial</p> <p><input type="checkbox"/> Outro(s)</p> | <p><input type="checkbox"/> Problemas com acesso à atenção primária à saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas com acesso na urgência/emergência</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas com acesso à internação</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas com transporte inter-hospitalar</p> |
|--|---|

### 5.2.1.1 Se outro(s), especifique

### 5.2.2 Intersetoriais

- Disponibilidade limitada de meios de transporte  Inexistência de estradas  
 Segurança pública ineficiente  Falta de saneamento básico  
 Outro(s)

### 5.2.1.2 Se outro(s), especifique

### 5.2.3 Comunidade e Indivíduo

- Recusa na busca por atendimento de saúde       Recusa em aderir ao tratamento prescrito

Busca tardia ao serviço de saúde       Outro(s)

### 5.2.3.1 Se outro(s), especifique

## 5.2.4 Sociais

- Problemas educacionais       Problemas econômicos

Outro(s)

#### 5.2.4.1 Se outro(s), especifique

5.3 Se o óbito foi classificado como “não evitável”, especifique os motivos

5.4 Se óbito com a classificação de evitabilidade inconclusiva, especifique os motivos


## **BLOCO VI – RECOMENDAÇÃO**

**(Obs.:** Especificar as áreas e preencher com as recomendações. Ex.: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Rede laboratorial, Unidades de Urgência e Emergência, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Saúde Indígena, Saúde do trabalhador, Sistema Prisional, Assistência Farmacêutica, Vigilância epidemiológica da Doença/Agravos, entre outras.)

**6. Especifique cada área e sua respectiva recomendação**

## **BLOCO VII – ENCaminhamento**

## 7. 7.1 Especifique os encaminhamentos

## **BLOCO VIII – OBSERVAÇÃO**

## 8. 8.1 Especifique as observações

**BLOCO IX – ÁREAS REPRESENTADAS****9. Selecione as áreas que participaram da conclusão da investigação do óbito**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atenção Primária à Saúde | <input type="checkbox"/> Saúde Ambiental      | <input type="checkbox"/> Serviço de Verificação de Óbito | <input type="checkbox"/> VE - SES          |
| <input type="checkbox"/> Atenção Especializada    | <input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador | <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência           | <input type="checkbox"/> VE - SMS          |
| <input type="checkbox"/> CIEVS                    | <input type="checkbox"/> Saúde Indígena       | <input type="checkbox"/> Laboratório                     | <input type="checkbox"/> Regional de Saúde |
| <input type="checkbox"/> NVEH                     | <input type="checkbox"/> Vigilância do Óbito  | <input type="checkbox"/> SINAN/SIM                       | <input type="checkbox"/> Outra             |

**9.1. Se outra, qual?**

**BLOCO X – AVALIADORES**

<b>ID</b>	<b>10. Tipo de participação*</b>	<b>10.1. Nome</b>	<b>10.2. Lotação</b>	<b>10.3. E-mail</b>	<b>10.4. Telefone</b>	<b>10.5. Assinatura</b>
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

\*1. Coordenação 2. Organização 3. Membro 4. Suplente 5. Convidado 6. Ouvinte