



Ficha de Investigação de Óbito

Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

1	Nome do(a) falecido(a)				
2	Nome da mãe				
3	Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4	Data do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Idade	<input type="text"/> <input type="text"/> anos completos	6	Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	Nº DO		
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe			
9	Local do sepultamento				
LOCAL DA ENTREVISTA					
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)	Nº	Compl		
	Bairro	Distrito / Povoado		Telefone	
	Município	UF <input type="text"/> <input type="text"/>	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural		
	Ponto de Referência				
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A)					
11	Nome do(a) entrevistado(a)				
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)	<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro			
RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS					
13	Breve histórico da doença ou situação que levou à morte nas palavras do(a) entrevistado(a)				
14	Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares				

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES				
15 Doenças e condições antecedentes				
<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"/> Cancer 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		
15.1 Medicação de uso contínuo				
FATORES DE RISCO				
16 Tomava bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
16.1 Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe	
16.2 Com que frequência?	<input type="checkbox"/> vezes por _____ (dia, semana, mês ou ano)		<input type="checkbox"/> não sabe	
17 Fumava?	<input type="checkbox"/> sim, _____ cigarros	<input type="checkbox"/> charutos	<input type="checkbox"/> cachimbadas	por _____ (dia, semana, mês ou ano) <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
17.1 Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe	
18 Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)?	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> ex-usuário	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
19 Sofreu algum ferimento/acidente/agressão?	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
20 A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência?	<input type="checkbox"/> sim: passe à Questão 67		<input type="checkbox"/> não: continue com a Questão 21	
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE				
21 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
22 Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
22.1 A febre era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
22.2 A febre era muito alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
22.3 Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
22.4 Também teve calafrios e/ou arrepios?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
23 Perdeu peso durante a doença?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> quilos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
24 Estava muito fraco(a)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
25 Estava descorado(a) e pálido(a) (teve palidez)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
26 Estava com os olhos fundos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
27 Teve tosse?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
27.1 A tosse era frequente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
27.2 Tossia somente quando estava deitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
27.3 Vomitava quando tossia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
27.4 A tosse era produtiva com catarro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	

27.5	Tossia com sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28	Teve falta de ar?	sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
28.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários ?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.2	Teve falta de ar quando estava deitado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29	Ficou arroxeadado (cianótico) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29.1	Onde?	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> não sabe
30	Teve dor no peito?	sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
30.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> gradualmente	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Quanto tempo durava?	<input type="checkbox"/> menos de meia hora	<input type="checkbox"/> de meia hora a 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas <input type="checkbox"/> não sabe
30.3	Onde era a dor?	<input type="checkbox"/> no peito à esquerda, abaixo das costelas	<input type="checkbox"/> no esterno (osso no meio do peito titela)	
		<input type="checkbox"/> no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> no peito à direita		
30.4	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
30.5	Piorava quando tossia ou respirava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.6	Piorava quando fazia esforço?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.8	Ficava pálido(a) e suando?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31	Teve dor em outro local do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Teve diarreia?	sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
32.1	A diarreia era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
32.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
32.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
32.4	As fezes pareciam borra de café?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33	Vomitava?	sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quantas vezes por dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
33.2	Como era o vômito?	<input type="checkbox"/> líquido ou coagulado de cor vermelho vivo		<input type="checkbox"/> outra
		<input type="checkbox"/> líquido e cor de café		<input type="checkbox"/> não sabe
34	Teve dores de barriga/cólicas?	sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
34.1	A dor/cólica era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
34.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

35	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> gradualmente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
36	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
36.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga	
37	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.2	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40	Esteve mentalmente confuso(a)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
41	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
41.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
42	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44	Teve rigidez de todo o corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Teve paralisia num lado do corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
45.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	<input type="checkbox"/> os dois lados
46	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica
46.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
47	Teve dificuldades de urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	Urinava de pingo em pingo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
49	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe

51	Teve feridas na boca?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____				
52.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	<input type="checkbox"/> feridas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
53	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
53.1	Onde?	_____								
54	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
54.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
55	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
55.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____			
56	Teve inguas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
56.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila	<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe				
57	Os olhos ficaram de coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
PERGUNTAR EM RELAÇÃO A TODAS AS MULHERES										
58	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
58.1	Que tipo de alteração?	<input type="checkbox"/> ferida	<input type="checkbox"/> caroço/nódulo	<input type="checkbox"/> inchaço	<input type="checkbox"/> não sabe					
59	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
59.1	Como era esse corrimento?	<input type="checkbox"/> com mau cheiro	<input type="checkbox"/> esverdeado	<input type="checkbox"/> amarelado	<input type="checkbox"/> sanguinolento	<input type="checkbox"/> não sabe				
60	A mulher menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.1	Sangrava muito durante o período menstrual?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.2	Sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
61	Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
62	Quantas vezes esteve grávida?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> não sabe						
62.1	Quantas gravidezes resultaram em: (número de)	<input type="checkbox"/> abortos	<input type="checkbox"/> nascidos vivos	<input type="checkbox"/> nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe					
62.2	Qual a data do último parto/aborto?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> não sabe						

72 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?

<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento
<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____
<input type="checkbox"/> encontrou morto	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> não quis / não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES

73 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte se houver

74 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte se houver

75 Tomou vacinas nos últimos 10 anos? sim não não sabe

75.1 Quais? dupla (difteria e tétano) hepatite febre amarela não sabe

tríplice (sarampo, rubéola, caxumba) gripe pneumococo outra _____

76 Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA CID-10

Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	
	Causas antecedentes	b	Devido ou como consequência de
	Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	c	Devido ou como consequência de
		d	Devido ou como consequência de
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima		

Data da entrevista

Data final da análise

Nome dos entrevistadores _____

Profissionais médicos que analisaram as informações _____
