

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOA FALECIDA

SEVS
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

Secretaria de Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

Encaminhamento

1 Serviço de Necropsia Serviço de Verificação de Óbito (SVO): Necropsia de óbitos por causa natural mediante autorização da família ou responsável legal.
 Instituto de Medicina Legal (IML): Necropsia de óbitos por causas externas (Violência/Acidente).

2 Natureza do óbito **3 Data do óbito** **4 Hora do óbito**
1- Causa natural 2- Causa externa

5 Nome da unidade de saúde

6 Município **7 UF** **8 Fone** ()

Identificação do falecido

9 Tipo de Óbito **10 N° do cartão SUS** **11 N° do prontuário**
1- Fetal 2- Não fetal

12 RG **13 Nome**

14 Nome da mãe

15 Sexo **16 Data de nascimento** **17 idade** Anos Completos: Menores de 1 ano: Meses Dias Horas Minutos Ignorado
1- Masc 2- Fem 9- ignorado

18 Raça /Cor **19 Ocupação habitual**
1-Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena

Residência do falecido

20 Logradouro (rua, praça, etc) **21 Número** **22 Complemento**

23 Município **24 Bairro/ distrito**

25 UF **26 CEP** **27 Fone** ()

Ocorrência

28 Local de ocorrência do óbito
1- Hospital 2- Outro estabelecimento de saúde 3- Domicílio 4- Via pública 5- Outros: _____ 9- Ignorado

29 Endereço de ocorrência do óbito (Rua, Praça, Avenida, etc.): **30 Número**

31 Município **32 Bairro/ distrito**

33 UF **34 CEP** **35 Fone** ()

Momento do óbito

36 Informação do Serviço Médico
1 - Chegou sem vida ao serviço 2 - Faleceu ao receber os primeiros socorros 3 - Faleceu durante o internamento _____ dias 4 - Criança cujo nascimento e óbito ocorreu no hospital sem alta

Obitos por causas externas

37 Tipo de Violência: **38 Acidente de trabalho**
1- Acidente 2- Suicídio 3- Agressão por terceiros 4- Evento de intenção indeterminada 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Natureza da agressão **40 Fonte de Informação**
1- Física 2- Sexual 3- Negligência /Abandono 4- Outro: _____ 9- Ignorado 1- Boletim de ocorrência 2- Familiar 9- Ignorado

41 Tipo de vítima **42 Meio de locomoção da vítima**
1- Pedestre 3- Passageiro 5- Não se aplica 1- A pé 3- Motocicleta 7- Não se aplica
2- Condutor 4- Outro 9- Ignorado 2- Automóvel 4 -Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro: _____ 9- Ignorado

43 Outra parte envolvida
1-Motocicleta 2- Automóvel 3- Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7-Outro: _____ 8-Não se aplica 9- Ignorado

44 Circunstância do Acidente:
1- Atropelamento 2- Capotamento 3- Colisão 4- Outro: _____ 9- Ignorado

45 Queda (tipo de queda)
1- Mesmo nível 3- Leito 5- Andaime 7-Árvore 11-Não se aplica 9- Ignorado
2- Buraco 4- Outra Mobília 6- Escada /Degrau 8- Telhado/Laje 10-Outros níveis _____

46 Queimadura (tipo de queimadura)
1-Fogo/chama 2- Substância quente 3- Objeto quente 4-Substância química 5-Outro: _____ 6- Não se aplica 9- Ignorado

47 Outros acidentes
1-Sufocação/engasgamento 5- Ferimento por objeto 10- Acidentes com animais 14-Compressão dentro/entre objeto 18- Não se aplica
2-Corpo estranho 6-Ferimento por armas de fogo 11- Queda de objetos sobre pessoa 15- Enforcamento 9- Ignorado
3- Afogamento 7- Ferimento por arma branca 12-Choque contra objetos/pessoa 16- Precipitação de lugar elevado
4-Envenenamento/Intoxicação 8- Choque elétrico 13- Entorse/Torsão 17- Outro: _____

Obitos por causas externas

48 Lesões apresentadas em regiões do corpo:

49 Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão:
 1- Via Pública 2- Domicílio 3- Trabalho 4- Outro : _____ 9- Ignorado

50 Endereço onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão (Rua, Praça, Avenida, etc.): **51** Número

52 Município **53** Bairro/ Distrito

54 UF **55 CEP** **56 Fone** ()

Obitos Mulher em idade fértil

57 Óbito de Mulher em Idade Fértil (A morte ocorreu)
 1- Na gravidez 3- No abortamento 5- De 43 dias até 1 ano após o término da gestação
 2- No parto 4- Até 42 dias após o término da gestação 6- Não ocorreu nestes períodos 9- Ignorado

Obitos fetais ou menores de 1 ano
Dados da mãe

58 Escolaridade (última série concluída): nível Série: _____
 1- Sem escolaridade 2- Fundamental – I 3- Fundamental – II 4- Médio (Antigo 2º Grau) 5- Superior incomplet 6- Superior Completo 9- Ignorado

59 Ocupação Habitual (Informar ocupação anterior, se aposentada ou desempregada): **60** Idade (anos)

61 N° de filhos tidos: Nascidos vivos Perdas Fetais/Aborto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	62 N° de Semanas de gestação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	63 Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> 1- Única 2- Dupla 3- Tripla e mais 9- Ignorada	64 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1- Vaginal 2- Cesário 9- Ignorado	65 Peso ao nascer Nascidos vivos Perdas Fetais/Aborto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	66 Morte em relação ao parto 1- Antes 2- Durante 3- Depois 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--	--

67 N° Declaração de Nascido Vivo

Dados clínicos

68 Quadro clínico ao chegar ao Hospital – Admissão

69 Síntese da história clínica

Condutas

70 Procedimento realizado no hospital:

1- Clínico (medicação utilizada):

2- Cirúrgico:

Retirada do corpo estranho? (se retirar, enviar ao IML): 1- Sim 2- Não Tipo: _____

Hipótese diagnóstica

71 Suspeita de doença de notificação compulsória:

72 Causa(s) possível(eis) do óbito (Não usar códigos da CID):

Observações

73 Outras informações que julgar necessário:

Autorização p/ necropsia SVO

74 Casos encaminhados ao SVO: Autorização para necropsia: Eu, _____ autorizo a necropsia.
 RG: _____ Grau de parentesco: _____

Responsável pelo encaminhamento

75 Médico responsável: CRM: _____
 Data _____ Telefone: () _____
Assinatura