

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOA FALECIDA

SEVS

Secretaria Executiva
de Vigilância em Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

Encaminhamento

1 Serviço de Necrópsia

- 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/Accidente).

2 Natureza do óbito

1- Causa natural 2- Causa externa

3 Data do óbito	4 Hora do óbito
	:

5 Nome da unidade de saúde

6 Município

7 UF

8 Fone

9 Tipo de Óbito

1- Fetal 2- Não fetal

10 N° do cartão SUS

11 N° do prontuário

12 RG

13 Nome

14 Nome da mãe

15 Sexo

1- Masc 2- Fem 9- ignorado

16 Data de nascimento

17 Idade

Anos Completos:

Meses Dias Horas Minutos

Ignorado

18 Raça /Cor

1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena

19 Ocupação habitual

20 Logradouro (rua, praça, etc)

21 Número

22 Complemento

23 Município

24 Bairro/ distrito

25 UF

26 CEP

27 Fone

()

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

()

36 Informação do Serviço Médico.

- Faleceu ao receber os primeiros socorros
1 - Chegou sem vida ao serviço 3 - Faleceu durante o internamento _____ dias

4 - Criança cujo nascimento e óbito ocorreu no hospital sem alta

37 Tipo de Violência:

1- Acidente 2- Suicídio 3- Agressão por terceiros 4- Evento de intenção indeterminada

38 Acidente de trabalho

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Natureza da agressão

1- Física 2- Sexual 3- Negligência /Abandono 4- Outro: _____ 9- Ignorado

40 Fonte de Informação

8- Boletim de ocorrência 2- Familiar 9- Ignorado

41 Tipo de vítima

1- Pedestre 3- Passageiro 5- Não se aplica
2- Condutor 4- Outro 9- Ignorado

42 Meio de locomoção da vítima

1- A pé 3-Motocicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus
2- Automóvel 4-Bicicleta 6-Outro: _____ 7- Árvore
8- Telhado/Laje

7- Não se aplica
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- Andaríme 7- Árvore
2- Buraco 4- Outra Mobília 6- Escada /Degrau 8- Telhado/Laje
10- Outros níveis 11- Não se aplica 9- Ignorado

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

Aidente de transporte

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 <input type="checkbox"/>						
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 () _____						
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 <input type="checkbox"/>						
58	Escolaridade (última série concluída):								
	1- Sem escolaridade	2- Fundamental – I	3- Fundamental – II	4- Médio (Antigo 2º Grau)	5- Superior incomplet	6 - Superior Completo	9- Ignorado	nível _____	Série: _____
59	Ocupação Habitual (Informar ocupação anterior, se aposentada ou desempregada):			60 Idade (anos) _____					
61	Nº de filhos tidos: Nascidos vivos Perdas Fetais/Aborto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	Nº de Semanas de gestação: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> 1- Única 2-Dupla 3-Tripla e mais 9-Ignorada	Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1-Vaginal 2-Cesáreo 9-Ignorado	Peso ao nascer Nascidos vivos Perdas Fetais/Aborto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g	Morte em relação ao parto 1-Antes 2- Durante 3- Depois 9- Ignorado			
62	63	64	65	66	67				
68	Quadro clínico ao chegar ao Hospital – Admissão								
69	Síntese da história clínica								
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: _____ <input type="checkbox"/>								
71	Suspeita de doença de notificação compulsória:								
72	Causa(s) possível(eis) do óbito (Não usar códigos da CID):								
73	Outras informações que julgar necessário:								
74	Casos encaminhados ao SVO: Autorização para necropsia: Eu, _____							autorizo a necropsia.	
	RG: _____							Grau de parentesco: _____	
75	Médico responsável:								
	Data _____	CRM: _____							
	Telefone: () _____	Assinatura _____							