



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO HOSPITALAR - SIM-P

Município _____ UF _____ Data da investigação _____

INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

1	Nº da Declaração de Óbito	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	2	Causa Básica Original	<input type="text"/>
3	Nome do(a) Falecido(a) _____						
4	Nome da mãe: _____						
5	Nome do Responsável			7			
6	Data de nascimento			Data do óbito			

Anexar cópia da Declaração de Óbito. Se necessário, completar os dados faltantes nessa cópia da DO durante a investigação.

ANTECEDENTES DO PACIENTE

8	Presença de comorbidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Doença hepática	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/imunossupressão	
	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença renal	
	<input type="checkbox"/> Doença neurológica	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pneumopatia	
	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Doença hematológica	<input type="checkbox"/> Síndrome genética	
	<input type="checkbox"/> Doença oncológica	<input type="checkbox"/> Doença reumatológica	<input type="checkbox"/> Outros: _____	

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO

9	Quais critérios de definição de caso estão presentes?	
	<input type="checkbox"/> Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias	<input type="checkbox"/> Manifestações gastrointestinais
	<input type="checkbox"/> Conjuntivite não purulenta e/ou alterações muco-cutâneas	<input type="checkbox"/> Marcadores de inflamação elevados
	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial ou choque	<input type="checkbox"/> Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa
	<input type="checkbox"/> Manifestações cardíacas	<input type="checkbox"/> Evidência laboratorial ou contato caso confirmado Covid-19
	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	

CONDIÇÃO CLÍNICA OU ACHADOS CLÍNICOS / SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS

10	<input type="checkbox"/> Febre não especificada	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Náusea e/ou vômito	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Pericardite
	<input type="checkbox"/> Rash cutâneo	<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Odinofagia	<input type="checkbox"/> Valvulite
	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Dilatação / Aneurisma de coronária
	<input type="checkbox"/> Adenomegalia	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Descamação de mãos e pés	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Dor torácica	
	<input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Derrame pericárdico	<input type="checkbox"/> Miocardite	

INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO

11	Nome do Estabelecimento de Saúde _____	12	Nº do Prontuário _____
13	Data da internação	<input type="text"/>	
	Necessitou de UTI?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de internação na UTI: <input type="text"/>
14	Atendimento pré-hospitalar _____		

15	Hipótese diagnóstica da internação: _____		
16	Resumo da história clínica (não descrito anteriormente) _____		

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exames laboratoriais - Covid-19

Sorologia quantitativa para SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Não realizado
Teste rápido	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Não realizado
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Detectável	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Não realizado
Teste de antígeno (Swab nasal)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Não realizado

Demais exames laboratoriais

PCR	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultado: _____
VHS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultado: _____
D-dímero	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultado: _____
Troponina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Resultado: _____
Hemocultura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado Agente etiológico: _____
Outras culturas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado Sítio: _____ Agente etiológico: _____

17 Outros. Descreva: _____

Demais sorologias para doenças virais

Coletado Sim Não Ignorado Especifique: _____

Exames de imagem

Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	Resultado: _____
Raio-x	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	Resultado: _____
Tomografia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	Resultado: _____
Ultrassom de abdomen	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	Resultado: _____
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	Resultado: _____

TRATAMENTOS REALIZADOS

18	Imunoglobulina intravenosa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Corticoterapia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Anticoagulação sistêmica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais: _____
	Antibioticoterapia sistêmica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais: _____
	Outros	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais: _____

COMPLICAÇÕES

19	<input type="checkbox"/> Necessidade de aminas vasoativas	<input type="checkbox"/> Necessidade de drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação invasiva
	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Reanimação
	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Transfusão de hemocomponentes	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Evento tromboembólico	<input type="checkbox"/> Necessidade de circulação extra-corpórea	

20 Outros procedimentos realizados _____

21 Hipótese diagnóstica do óbito: _____

22 Causas do óbito registradas no prontuário: _____

DESFECHO DO CASO

23 SIM-P Confirmado Descartado
Se marcou descartado, identifique qual foi o diagnóstico: _____

RECONSTRUÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO (PREENCHIMENTO MÉDICO)

Tempo

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				

24 Causa básica final 25 Médico /CRM

Nome do investigador	Telefone do investigador	Vigilância da SIM-P
----------------------	--------------------------	---------------------