

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS DO INTERIOR
RELATÓRIO PRELIMINAR DE NECRÓPSIA

Macro sim () não ()

NECRÓPSIA Nº A _____ / _____ NOME: _____
DATA ____/____/____ COR: _____ SEXO: _____ IDADE: _____
PATOLOGISTA: _____

HORA DO ÓBITO: ____:____ INÍCIO DA NECRÓPSIA: ____:____ HORAS DE MORTE: ____:____
TÉCNICO: _____

ATESTADO DE ÓBITO:

I
A

B _____
C _____
II _____

CORRELAÇÃO DIAGNÓSTICA E ESQUEMA FISIOPATOLÓGICO - Indicar claramente Moléstia Principal (MP) e "Causa Mortis" (CM):

EXAME EXTERNO: PESO: _____ Kg ESTATURA: _____ cm

Sinais cadavéricos presentes :

MACROSCOPIA:

EXAME INTERNO:

CRÂNIO E CONTEÚDO: Encéfalo (g)

CAVIDADE ORAL E ÓRGÃOS DO PESCOÇO:

TÓRAX E CONTEÚDO:

Pulmões (D= g, E= g)

Coração(g)

ABDOMEM E CONTEÚDO:

Tubo digestivo :

Pâncreas :

Fígado (g)

Baço (g)

Rins (D= g, E= g)

Genitais :