

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER

☐ SVOI ☐ SVOR ☐ IML

CONSTATAÇÃO DO ÓBITO

Local (Hospital, Posto de Saúde, domicílio, via pública, etc.):

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

Médico Responsável: _____ CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Etnia: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Ignorada

Atividade que exercia: _____

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ de 1 a 3 anos ☐ de 4 a 7 anos

☐ de 8 a 11 anos ☐ acima de 11 anos ☐ Ignorada

Filiação: Pai _____ Mãe: _____

Endereço residencial: _____ n° _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

N° Cartão SUS: _____ N° Prontuário: _____

RG: _____ CPF: _____

ÓBITO EM MULHERES FÉRTEIS

A morte ocorreu na gravidez ou parto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

A morte ocorreu durante o puerpério: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado.

ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO

Informações sobre a mãe:

Ocupação: _____ Idade: _____

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ de 1 a 3 anos ☐ de 4 a 7 anos

☐ de 8 a 11 anos ☐ acima de 11 anos ☐ Ignorada

Duração da gestação (semanas): ☐ menos de 22 ☐ 22 a 27 ☐ 28 a 31

☐ 32 a 36 ☐ 37 a 41 ☐ acima de 41 ☐ Ignorada

Tipo de gravidez: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla ou + ☐ Ignorado

Tipo de Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesariana ☐ Ignorado

Número de filhos: Nascidos vivos _____ Natimortos _____ Ignorado _____

Patologias maternas pré-existentes: _____

Morte em relação
ao parto:

☐ Antes

☐ Durante

☐ Depois

☐ Ignorado

Peso ao nascer:

_____ g

ÓBITOS POR CAUSA EXTERNA

☐ Acidentes de trânsito:

Informação sobre a vítima: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado

Veículo onde estava a vítima: ☐ bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Automóvel ☐ Ônibus

☐ Ignorado ☐ Outro: _____

☐ Queda: ☐ Lage ☐ Andaime ☐ Mesmo nível ☐ Outro _____

☐ Afogamento ☐ Fogo/Incêndio ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Choque elétrico

☐ Intoxicação exógena: ☐ Fármacos ☐ Venenos ☐ Gases Qual? _____

☐ Ignorado ☐ Outro _____

☐ Suicídio ☐ Evento de intenção indeterminada

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

- ☐ Chegou sem vida ao serviço. Endereço provável do óbito: _____
- ☐ Início do tratamento ou atendimento: ____/____/____ horas: ____:____
- ☐ Faleceu ao receber os primeiros socorros
- ☐ Faleceu durante a internação: após ____ dias ____ horas
- ☐ Recém Nascido cujo nascimento e óbito ocorreram na Unidade de Saúde sem alta
- ☐ Recém Nascido cujo nascimento e óbito ocorreram fora da Unidade de Saúde.
- Local(domicílio ou outros): _____
- ☐ Natimorto ☐ Na Unidade de Saúde ☐ Fora da Unidade de Saúde
- ☐ Retirada de corpo estranho: ☐ Não ☐ Sim, tipo: _____
- Obs.: Se retirado, enviar peça anatômica e corpo estranho.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Anamnese, exame físico, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, lesões observadas e outras informações clínicas:

Hipóteses diagnósticas:

Profissional responsável pelo encaminhamento:

Médico: _____ CRM: _____

Outro profissional: _____ RG.: _____

Assinatura: _____

TRANSPORTE DO CORPO

Funerária responsável: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Motorista: _____ Assinatura: _____