

Formulário de Avaliação de Óbitos

Comissão de Revisão de Óbitos

FORMULÁRIO I

UNIDADE DE SAÚDE:		SETOR	
NOME DO PACIENTE:			
Nº DO PRONTUÁRIO/BAM:		DATA DE NASCIMENTO:	
DATA DO ÓBITO	HORÁRIO DO ÓBITO:	Nº D.O.:	SUMÁRIO DO ÓBITO:

Nº	QUESTÕES	RESPOSTA			
		SIM	IR PARA	NÃO	IR PARA
01	Trata-se de caso irreversível ou terminal?		"J"		2
02	O óbito foi devido a causa ou complicação esperada?		3		7
03	Medidas preventivas disponíveis para evitar a causa de óbito?		4		7
04	As medidas para evitar a causa do óbito foram tomadas?		5		6
05	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?		7		?
06	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa do óbito fossem tomadas?		?		7
07	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?		8		11
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa do óbito?		9		11
09	As manifestações da causa foram reconhecidas/comunicadas?		10		11
10	Tratamento foi realizado na forma e tempo corretos?		12		?
11	Foi reconhecida a presença da causa do óbito?		12		?
12	O diagnóstico era tratável?		13		"J"
13	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico adequados e disponíveis?		"J"		?

Legenda: "J" – Óbito justificado / "?" – Óbito a investigar

CONCLUSÕES CLÍNICAS	ATESTADO DE ÓBITO
DIAGNÓSTICO INICIAL:	CAUSA BÁSICA:
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	CAUSA CONSEQUENCIAL:
DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:	CAUSA TERMINAL:
CONCLUSÃO:	

REVISOR:	ASSINATURA E CARIMBO:
DATA:	