

FORMULÁRIO

AVALIAÇÃO COMISSÃO DE ÓBITO

CÓDIGO:

FP.CMED.010

REVISÃO: 01

PÁGINA:1/2

Revisor:		Data: ____/____/____
Nome do Paciente:		Setor:
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: () F () M
Data do óbito: ____/____/____	Período do óbito: () Chegada em PCR () Menor que 24h () 24h a 72h () Maior que 72h	
Hipótese Diagnóstica na Admissão:		

Nº	PERGUNTA	RESPOSTA			
		SIM	VÁ PARA	NÃO	VÁ PARA
1	Era um caso terminal, irreversível?		J		2
2	A morte foi devida a uma causa ou complicação esperada?		3		7
3	Existem e estavam disponíveis medidas preventivas de acordo com a patologia para evitar a causa?		4		7
4	As medidas para evitar a causa foram tomadas?		5		A/E
5	As medidas tomadas foram adequadas de acordo com a patologias em tempo hábil?		6		A/E
6	Há probabilidade que manifestações de causa pudessem ter sido reconhecidas antes?		7		10
7	Há registro no prontuário de manifestações da causa?		8		10
8	Foram vistas manifestações reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?		9		10
9	O diagnóstico feito ou o problema identificado estavam de acordo com os achados clínicos/laboratoriais?		10		A/E
10	O diagnóstico/condição era tratável?		11		J
11	O tratamento foi feito de forma e no tempo corretos?		J		A/E
J	Óbito Não Evitável		Óbito NÃO evitável		A/E
A/E	Óbito a esclarecer		Óbito deve ser discutido		J

FORMULÁRIO		
AVALIAÇÃO COMISSÃO DE ÓBITO	CÓDIGO:	REVISÃO: 01
	FP.CMED.010	PÁGINA:2/2

Instruções: Faça a revisão do prontuário do paciente, responda cada uma das perguntas na coluna sim ou não apropriadamente até chegar à uma decisão (J) Óbito Não evitável ou (A/E) Óbito a esclarecer.

Havia indicação de abertura do protocolo clínico? Sim Não

Se não Justificar: _____

Protocolo aberto em tempo hábil? Sim Não

Se não Justificar: _____

Houve algum desvio de qualidade do atendimento? Sim Não

Se sim Justificar: _____

As informações do prontuário foram suficientes para a revisão? Sim Não Se não

Justificar: _____

Conduta do revisor:

- () Solicitar parecer do médico _____ quanto a _____.
- () Convocar o comparecimento do médico para a próxima reunião para discussão.
- () Encaminhar o prontuário para análise da comissão de prontuário.
- () Encaminhar o prontuário para análise da comissão de ética médica/enfermagem.

Outras: _____

Preenchimento de Declaração de óbito:

- () Completa () Incompleta
- () Preenchimento de campos de maneira imprecisa
- () Uso de abreviaturas
- () Campos com preenchimento de maneira imprecisa: A (), B (), C ()

Médico responsável pelo preenchimento: _____

	Causa do óbito <u>descrito</u>	Causa do óbito <u>identificado</u>
PARTE 1	A.	A.
	B.	B.
	C.	C.
	D.	D.
PARTE 2		

Impressão:

Encaminhamento para SVO: () **Inconclusivo**

Laudos SVO: _____

Relatório médico: () Completo () Incompleto

() **Óbito Não Evitável** () **Óbito à esclarecer**

Causa morte: _____

Observações: _____

Assinatura e carimbo do revisor: _____