	Procedimento Operacional Padrão (POP)  <u>Assistencial</u>	POP <b>DG/HU</b>	
	Título  <b>Assistência Multiprofissional no Óbito Fetal</b>	Versão: 01	Próxima revisão: 2017
Elaborado por: Lígia Silveira Dutra, Luciane Mendes, Luana Nickel, Maria Salete Medeiros, Mariana Barcelos, Sonia Palacios, Zaira Custódio.		Data da criação: 27/03/2015	
Revisado por: Membros permanentes do NEPEN; COMATER.		Data da revisão: 19/04/2016	
Aprovado por: Diretoria Geral - HU		Data da aprovação: 10/05/2016	
Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP e impresso			
Responsável pelo POP e pela atualização: Membros permanentes do NEPEN; COMATER; Maternidade-HU.			
Objetivo: Padronizar as condutas de assistência à mulher e família após a confirmação do diagnóstico de óbito fetal.			
Setor: Maternidade HU/UFSC		Agente(s): Equipe Multiprofissional da Maternidade do HU/UFSC	

## 1. CONCEITO

Considerando-se que o produto da concepção se define como feto a partir de 10 semanas de gestação, o óbito fetal (OF) seria toda a morte a partir desta idade gestacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o OF como a *"morte do feto antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do corpo da mãe, independente da duração da gravidez"*. Óbito fetal tardio é definido a partir de 20 semanas de gestação e/ou peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

Para fins de regulamentação deste POP supra citado, considera-se como primeiro critério a idade gestacional.

Nestes casos são obrigatórias as seguintes providências:

- **Declaração de óbito** assinada pelo médico assistente ou médico responsável pela necrópsia;
- **Registro Civil** do atestado na comarca em que os fatos ocorreram (Lei Federal nº 6.216 de 30/06/1975; Resolução CFM 1779/2005 - 05/12/2005);
- **Investigação do óbito.**

## 2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Caneta esferográfica;
2. Impresso referente a ficha de atendimento de emergência;
3. Prontuário da paciente;
4. Carimbos;
5. Kit para Óbito Fetal – ANEXO 1
  - Impressos: Consentimento pós-informação – Estudo do óbito fetal; ficha de Invetigação – Protocolo de estudo óbito intrauterino; 03 Requisições de exames: 01 com carimbo *ROTINA PARA ÓBITO FETAL*, 01 com carimbo *PESQUISA BACTERIOSCÓPICA* (com material demosntrativo sobre a coleta de secreção vaginal e procedimento em lâmina), e 01 com carimbo *RAIO X DE CORPO INTEIRO DO FETO*;
  - Material de pesquisa – para o feto:
    - 01 tubo de hemocultura (líquido amniótico);
    - 01 seringa heparinizada (aspirada da câmara cardíaca do feto);
    - 02 tubos de coleta de exames laboratoriais com anticoagulante (tampa roxa – 4ml);
    - 01 tubo estéril (tampa amarela) (líquido amniótico a ser congelado);
    - 01 swab (tampa azul) (coleta orofaringe do feto).
  - Material de pesquisa – para a mulher
    - 01 swab (tampa preta) - *Neisseria gonorrhoeae* (TM);
    - 01 swab (tampa azul) – Estreptococcus do Grupo B;
    - 03 swabs comuns secos (simples com tampa branca) = 01 swab seco/branco/comum – na solução salina – após desprezar o swab branco (presença ou ausência de protozoários móveis e leveduras); 01 swab comum seco (tampa branca) – para colocar na solução ureplasma/micoplasma após desprezar o swab branco; 01 swab para fazer a lâmina de bacteroscopia;
    - 01 swab com líquido vermelho – Clamídia (vem com swab seco-comum-branco). Quebrar o swab dentro do frasco;
    - 01 tubo para transporte de lâminas e
    - 01 lâmina comum;
6. Requisição de Exame Necroscópico (Serviço de Anatomia Patológica) – ANEXO 2;
7. Ficha de Exame Anatomopatológico (HU) – ANEXO 3;
8. Ficha de Identificação de Cadáver – ANEXO 4;
9. Ficha de Aviso de Saída – ANEXO 5;

10. Ficha de Entrega de Cadáver – ANEXO 6;

11. Livro de Ocorrências – Enfermagem.

### **3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **3.1 Acolhimento e apoio à mulher e familiares**

##### **3.1.1 Processo**

- a) Oferecer acolhimento e apoio às mulheres e familiares após a notícia do óbito fetal;
- b) Proporcionar um espaço para a expressão das emoções e dos sentimentos da mulher e familiares, reconhecendo e valorizando a dor e o sofrimento vivenciados neste momento crítico;
- c) Possibilitar à mulher e familiares um tempo de contato com a notícia do óbito fetal para, posteriormente, seguir com as demais informações e intervenções;
- d) Identificar se há rede de apoio e acioná-la conforme desejo da mulher e família;

3.1.2 Local: Emergência Obstétrica do HU/UFSC.

3.1.3 Responsáveis: médico, equipe de enfermagem, psicóloga e/ou assistente social.

3.1.4 Internação: proceder a internação da mulher (gestante-puérpera) PRIORITARIAMENTE na Unidade de Internação Ginecológica.

#### **3.2 Aconselhamento para investigação**

##### **3.2.1 Processo**

Refletir e aconselhar os pais (casal/família) acerca da importância da investigação, por meio da amniocentese, coleta de exames, autopsia/necropsia (estudo do feto), exame da placenta e análise citogenética.

3.2.2 Local: Emergência Obstétrica do HU/UFSC.

3.2.3 Responsáveis: médico, equipe de enfermagem.

#### **3.3 Consentimento informado para a realização de exames**

##### **3.3.1 Processo**

a) Obter o consentimento informado para a amniocentese, coleta de exames, autopsia/necropsia, exames da placenta e anexos (cordão umbilical), análise citogenética e exames específicos outros, quando necessário.

b) Realizar leitura e colher assinatura do Consentimento Pós-informado (ANEXO 1 – Kit Óbito Fetal).

3.3.2 Local: Emergência Obstétrica do HU/UFSC.

3.3.3 Responsáveis: médico, equipe de enfermagem.

### **3.4 Preenchimento da ficha de investigação**

#### **3.4.1 Processo**

a) Realizar o preenchimento inicial da *Ficha de Investigação do Óbito Fetal* (ANEXO 1 – Kit Óbito Fetal) com os dados disponibilizados durante a internação da mulher;

b) Finalizar o preenchimento da *Ficha de Investigação do Óbito Fetal* com os dados obtidos a partir da investigação do óbito fetal.

3.4.2 Local: unidade de internação da mulher (Unidade de Internação Ginecológica - UIG ou Alojamento Conjunto - AC).

3.4.3 Responsáveis: médico.

### **3.5 Ultrassonografia e Amniocentese**

#### **3.5.1 Processo**

Coletar aproximadamente 15 ml de líquido amniótico – 10ml em frasco de hemocultura e 5ml em frasco estéril que será congelado.

3.5.2 Local: USG da Maternidade-HU.

3.5.3 Responsáveis: médicos.

### **3.6 Coleta microbiológica**

#### **3.6.1 Processo**

Realizar coleta microbiológica (Kit de Óbito Fetal – ANEXO 1);

3.6.2 Montagem, reposição e armazenamento do KIT de coleta microbiológica (ANEXO 1 – Kit Óbito Fetal).

3.6.3 Local: Emergência Obstétrica.

3.6.4 Responsáveis: médico assistente (3.6.1) e equipe de enfermagem (3.6.2).

### **3.7 Solicitação e coleta de sangue**

#### **3.7.1 Processo**

a) Realizar coleta de sangue para exames de laboratório conforme solicitação do pedido laboratorial previamente preenchida – Rotina de Óbito Fetal (impressos carimbados) e exames do feto morto (Rede HU-laboratório) (Kit de Óbito Fetal – ANEXO 1).

b) Conforme avaliação do caso, complementar a investigação com exames específicos descritos abaixo:

- Estudos citogenéticos – cariótipo materno e paterno (se três ou mais abortos espontâneos de

repetição ou fetal atual com mal formações congênitas;

- Se sinais clínicos ou sintomas de doença materna:

–suspeita de doença relativa à hipertensão arterial sistêmica – testes de sangue e teste de albumina na urina;

–suspeita de distúrbio da função da tireóide – TSH, T4 livre;

–suspeita de doença relacionada ao diabetes – macrosomia (história), forte histórico familiar de diabetes ou obesidade: triagem glicose como Hemoglobina glicada e teste de tolerância oral à glicose;

–suspeita de uso de drogas – toxicologia;

- Se sinais de hidropsia fetal: pesquisa de anticorpos, sorologia parvovírus B19 e eletroforese de hemoglobina;
- Se sinais clínicos de infecção ou sinais de infecção na placenta ou na autopsia: determinar sorologia viral materna, realizar testes de diagnóstico microbiológico em material armazenado da mulher, feto e placenta;
- Em mulheres com história de trombofilia hereditária ou história pessoal de tromboembolismo venoso: realizar acompanhamento da trombofilia por vários meses após o parto.

3.7.2 Local: Unidade de Emergência Obstétrica.

3.7.3 Responsáveis: equipe do laboratório, equipe de enfermagem e equipe médica.

### **3.8 Evolução do parto**

#### **3.8.1 Processo**

a) Esclarecer a mulher e acompanhante/família sobre o processo de indução do parto – sempre a primeira opção a não ser que a mulher apresente contraindicação obstétrica para tal procedimento. Deverá ser garantido à mulher medidas de alívio da dor para que a mesma tenha o mínimo de desconforto – analgesia, solução de dolantina, ansiolítico (conforme necessidade);

b) Avaliar, monitorar e assistir à condição emocional da mulher;

c) Informar à mulher e acompanhante/família, durante a evolução do parto, que terão a possibilidade de contato com o bebê após o parto;

d) Proporcionar à mãe e acompanhante/família o contato com o bebê após o parto favorecendo as atividades de vê-lo, tocá-lo e/ou segurá-lo, de acordo com o desejo e possibilidade materna e familiar.

3.8.2 Local: Centro Obstétrico (CO).

3.8.3 Responsáveis: equipe de enfermagem do (CO), equipe de psicologia e equipe médica.

3.8.4 Encaminhar ao Centro Obstétrico o restante do material do Kit (ANEXO 1) de materiais

(equipe de enfermagem da Emergência Obstétrica).

### **3.9 Exame e descrição do feto**

#### **3.9.1 Processo**

- a) Realizar exame do feto – ectoscopia;
- b) Realizar descrição do exame na ficha de investigação (ANEXO 1).

#### **3.9.2 Local: Centro Obstétrico (CO).**

#### **3.9.3 Responsáveis: médico assistente (plantonista) que realizou o exame.**

### **3.10 Coleta de amostra do feto**

#### **3.10.1 Processo**

Coletar amostra da região orofaríngea fetal com swab para cultura (rede HU/laboratório) (ANEXO 1).

#### **3.10.2 Local: Centro Obstétrico (CO).**

#### **3.10.3 Responsáveis: médico.**

### **3.11 Exame dos anexos**

#### **3.11.1 Processo**

- a) Coletar sangue por punção cardíaca do feto – Ht/Hb e cariótipo;
- b) Macroscopia com descrição na ficha de investigação – coletar material para cultura com swab retirado da superfície fetal, entre o amnio e o corio, na inserção do cordão umbilical;
- c) Utilizar um swab para coleta da mulher – corio/placenta para cultura.

#### **3.11.2 Local: Centro Obstétrico.**

#### **3.11.3 Responsáveis: médico (itens a, b e c) ou enfermeira (item a).**

#### **3.11.4 Impressos: ANEXO 1.**

### **3.12 Registro por fotografia clínica**

#### **3.12.1 Processo**

Fotografar região frontal e de perfil do corpo, face, extremidades, palmas, e especificamente, de qualquer anormalidade, do feto. Utilizar dispositivo fotográfico previamente determinado para essa função. As imagens serão armazenadas por meio de recursos da telemedicina.

#### **3.12.2 Local: Centro Obstétrico.**

#### **3.12.3 Responsáveis: equipe de enfermagem e médico.**

### **3.13 Exame de Raio X**

#### 3.13.1 Processo

Realizar o exame de Raio X do corpo inteiro do feto.

#### 3.13.2 Local: Centro Obstétrico e Setor de Radiologia - HU.

3.13.3 Responsáveis: médico (solicitação do exame), equipe de enfermagem do CO (encaminhamento) e equipe do setor de radiologia.

#### 3.13.4 Impresso: ANEXO 1.

### **3.14 Solicitação e encaminhamento de autopsia/necropsia**

#### 3.14.1 Processo

a) Solicitar autopsia/necropsia fetal;

b) Encaminhar a solicitação para o Serviço de Patologia (SAP-HU) – sempre acompanhado dos anexos (placenta e cordão umbilical);

c) Seguir a normativa de encaminhamento de necropsia fetal (pré-determinada pela Direção do HU juntamente com o SAP-HU) que define:

- de 2ª a 6ª feiras até às 15 horas, o corpo do feto deverá ser encaminhado para o SAP-HU;

- às 6ª feiras a partir das 15 horas, sábados e domingos até às 24 horas, e nos feriados encaminhar o corpo do feto para o SVO (Serviço de Verificação de Óbito – Secretaria Estadual de Saúde-SC).

- no período de 00:00 hora às 8 horas de 2ª feira, o corpo do feto deverá ser encaminhado para a conservadora do HU.

d) Realizar encaminhamento do corpo do feto para o IML (Instituto Médico Legal) sempre que o óbito for suspeito.

e) Encaminhar o corpo do feto sempre com identificação – impresso próprio do HU (ANEXO 3);

f) No encaminhamento do corpo do feto para o SVO deverão estar presente sempre um membro da equipe de enfermagem e o acompanhante/familiar da mulher, munido do seu documento de identidade (RG, carteira de motorista).

#### 3.14.2 Local: Centro Obstétrico, Unidade de Internação Ginecológica ou Alojamento Conjunto.

3.14.3 Responsáveis: médico (solicitação do exame) e equipe de enfermagem pertencente à Unidade que a mulher estiver internada no momento do encaminhamento aos serviços (SAP-HU, SVO).

#### 3.14.4 Impresso: ANEXO 2.

### **3.15 Solicitação de estudo anátomo-patológico dos anexos**

#### 3.15.1 Processo

a) Solicitar o estudo anátomo-patológico dos anexos – impresso de solicitação padrão do serviço (ANEXO 3);

b) Encaminhar solicitação de estudo anátomo-patológico dos anexos, juntamente com o corpo do feto para o SAP-HU ou SVO.

3.15.2 Local: Centro Obstétrico.

3.15.3 Responsáveis: médico (solicitação do exame) e equipe de enfermagem do CO (encaminhamento para SAP-HU).

ATENÇÃO: observar se o feto e anexos chegaram ao local destinado, com recebimento pelo responsável pelo exame.

### **3.16 Preenchimento da Declaração de Óbito**

#### **3.16.1 Processo**

Realizar preenchimento da Declaração de Óbito (DO).

3.16.2 Local: Centro Obstétrico (se a causa do óbito for clara) ou SAP-HU ou SVO.

3.16.3 Observação: quando o corpo do feto for encaminhado ao SVO é necessário encaminhar as documentações (RG do acompanhante/ responsável legal, encaminhamento escrito pelo médico responsável, solicitação de necropsia, documentação com histórico clínico da mulher e do feto, autorização para a necropsia).

3.16.4 Responsáveis: médico assistente do parto ou patologista se encaminhado para necropsia.

### **3.17 Acompanhamento materno e familiar na Unidade de Internação da mulher e entrega do corpo do feto**

#### **3.17.1 Processo**

a) Rotina médica:

- Passagem de visita diária conforme rotina pós-parto/pós-cesariana – médico responsável (residente/staff responsável pelo setor e acadêmicos do estágio);
- Prescrição de inibição da lactação, se necessário (normalmente nas gestações de terceiro trimestre).
- Avaliar as condições emocionais materna – discutir situação com o serviço de psicologia e de enfermagem e avaliar a necessidade de medicação específica (ansiolítico/antidepressivo).

b) Rotina de enfermagem:

- Prestar assistência integral dos cuidados à mulher (puérpera – parto normal/cesariana);
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Observar e oportunizar apoio emocional à mulher e acompanhante/familiares;
- Aplicar compressa fria (gelo) e/ou enfaixamento das mamas, se necessário;



- Realizar registros e encaminhamentos;
- Solicitar aos familiares roupas para o feto a fim de proceder o preparo do corpo;
- Prestar cuidados para Alta Hospitalar à mulher, seus encaminhamentos e entrega de documentos necessários;

c) Rotina da psicologia:

- Avaliar e monitorar a condição emocional/psíquica da mulher;
- Estimular e reforçar a utilização das estratégias de enfrentamento saudáveis;
- Estimular a realização do ritual de despedida de acordo com as crenças, valores e história pessoal e familiar;
- Oferecer apoio psicológico;
- Identificar a rede de apoio da mulher;
- Garantir à família um espaço de expressão de sentimentos para que o processo de luto possa ser elaborado e evoluir favoravelmente.

d) Rotina do serviço social:

- Realizar acolhimento e acompanhamento da mulher e família;
- Orientar o acompanhante/familiar e a mulher (se assim ela desejar), quanto aos trâmites para o registro do óbito fetal e procedimentos do funeral, guia de liberação do corpo do feto fornecida na Central de Óbitos – localizada no Cemitério do Itacorubi/Florianópolis-SC;
- Verificar se existe local para realizar o funeral no município de origem, predefinido pela família;
- Acionar o Auxílio Funeral disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC;
- Formalizar encaminhamentos;
- Orientar que o transporte do corpo do feto poderá ser feito em carro comum, quando o óbito e o enterro forem no município de Florianópolis, conforme Lei nº 6.923 da Prefeitura Municipal de Florianópolis;
- Nas situações que o funeral ocorra em cemitério de outro município e a família opte por transladar o corpo em carro comum, fica necessário solicitar autorização para traslado na Delegacia de Polícia (mais próxima do HU – 5ª Delegacia de Polícia da Capital, localizada na Rua Lauro Linhares, nº 208, bairro Trindade).

3.17.2 Local: Unidade de Internação Ginecológica ou Alojamento Conjunto.

3.17.3 Responsáveis: equipe médica, equipe de enfermagem, equipe de psicologia e equipe do serviço social.

### **3.18 Entrega do corpo do feto**

#### **3.18.1 Processo**

a) Proporcionar à mulher e acompanhante/familiares a despedida do feto, favorecendo a estes que vejam, nomeie e vistam o corpo, se assim o desejarem. Organizar os rituais fúnebres e momentos de despedida de acordo com as crenças e valores da mulher e família;

b) No SAP-HU (conservadora) preparar o corpo do feto, se necessário; manter o impresso de Identificação do Cadáver (ANEXO 4), proceder a entrega do corpo para o responsável legal (família) mediante assinatura do impresso (ANEXO 6), assim como o impresso Aviso de Saída (ANEXO 5).

3.18.2 Local: Unidade de Internação Ginecológica ou Alojamento Conjunto e SAP-HU.

3.18.3 Responsáveis: equipe de enfermagem da Unidade Internação da mulher, equipe de psicologia e equipe do serviço social.

### **3.19 Fechamento da investigação do óbito fetal**

#### **3.19.1 Processo**

Discussão de cada caso conforme rotina do Comitê de Investigação com base nos dados elencados na Ficha de Investigação previamente preenchida.

3.19.2 Local: Hospital Universitário-UFSC.

3.19.3 Responsáveis: Comitê de Investigação de Óbito Hospitalar.

## **4. OBSERVAÇÕES**

- Ao preenchimento da Declaração de Óbito se houver rasuras poderá ser feito a correção no verso das três vias e devidamente assinado;
- Todos os documentos deverão ser incorporados ao prontuário da mulher.

## **5. ANEXOS**

- ANEXO 1 – KIT ÓBITO FETAL
- ANEXO 2 – Requisição de Exame Necroscópico (Serviço de Anatomia Patológica)
- ANEXO 3 – Ficha de Exame Anatomopatológico (HU)
- ANEXO 4 – Ficha de Identificação de Cadáver
- ANEXO 5 – Ficha de Aviso de Saída
- ANEXO 6 – Ficha de Entrega de Cadáver

## **6. REFERÊNCIA**

SCHUPP, TÂNIA REGINA; MIYADAHIRA, SEIZO; ZUGAIB, MARCELO. Qual é a conduta atual no óbito fetal?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 48, n. 4, p. 284, Dec. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302002000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Abr 2016.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1 – KIT ÓBITO FETAL

#### Consentimento pós-informação Estudo do Óbito Fetal

O estudo busca investigar as possíveis causas que levaram ao óbito de seu filho. O conhecimento de como e por que seu filho morreu, ou seja, o conhecimento da provável causa da morte pode ser relevante para o planejamento de uma futura gravidez.

Este documento de informação tem como objetivo fornecer-lhe maiores detalhes sobre este estudo, de tal forma que você possa consentir com a realização do mesmo.

Será feito uma investigação do caso através da sua história familiar e do seu pré-natal - evolução da gestação atual, de exames laboratoriais (rotina pré-natal) obtidos do cartão de pré-natal, da ficha clínica de internação e dos dados colhidos de entrevista com você ou seu acompanhante. Além de exames específicos realizados através da coleta de líquido amniótico (líquido da bolsa), sangue materno e fetal, bem como estudo dos anexos (placenta e cordão umbilical).

É muito importante, também saber se há alguma alteração dos órgãos internos – coração, pulmão, cérebro e outros, do seu filho que possam ter influenciado na sua morte.

Então os exames específicos incluem:

- Exames complementares maternos (exames de laboratório) – hemograma completo, grupo sanguíneo/Fator Rh, rastreamento anticorpos, VDRL, sorologia para parvovírus, sorologia para rubéola, sorologia para Citomegalovírus, sorologia para toxoplasmose, Kleihauer-Betke e, hemoglobina glicosilada, todos são exames que podem estar envolvidos com a morte de seu filho.
- Estudo do feto - serão tiradas fotografias do feto caso haja malformações e o geneticista não possa avaliar o feto naquele momento. Será importante em uma consulta futura. Raio-x do corpo inteiro do feto, para identificar possíveis doenças ósseas. Cuidadoso exame fetal – autópsia/necropsia, e estudo dos anexos.

Assim, solicita-se o consentimento dos pais, ou de você, mãe, para realizar:

- Amniocentese (coletar líquido amniótico através de punção)
- Coleta de sangue materno.
- Coleta de sangue e espécimes citológicos fetais, usando técnicas e instrumentos estéreis, para culturas e cariótipo - importante quando da presença de malformações, restrição do crescimento fetal intrauterino.
- Realização de autópsia/necropsia\*. ☐ sim ☐ não

**\* (a realização da necropsia não impossibilita a realização do restante da investigação)**

Nome do paciente:

RG:

Eu li/ouvi de alguém de minha confiança o conteúdo deste termo e recebi esclarecimento, oralmente, sobre minhas dúvidas. Entendi o propósito do estudo. A minha assinatura a seguir indica minha aceitação sobre os procedimentos solicitados.

Data:

Assinatura da paciente ou responsável

## Protocolo de Estudo Óbito Intraútero – anexo 1

### Ante-parto ( ) / Intra-parto ( )

Nome da mãe:		Registro:	Nº da notificação:
Data da internação:	Ocupação:	Idade:	
Consanguinidade: sim não	Escolaridade (em anos de estudo):	Renda familiar (salários mínimos):	
G: P: A: C:	DUM: ____/____/____ Confiável: ( )Não ( )Sim IG DUM: IG USG:	Estado civil: ( ) casada, ( ) união estável, ( ) solteira, ( ) outro	
HMP + História Obstétrica:			
<input type="checkbox"/> Óbito fetal prévio <input type="checkbox"/> Abortos recorrente      Causa:			
<b>Gravidez Atual</b> Pré-natal: ( )Não ( )Sim / Nº de consultas:      / IG 1ª consulta: Local: AFU:      cm / Peso materno inicial:      Kg Ganho de peso:      Kg TS:      Rh:      Coombs indireto:      IMC materno:		Fumo: ( )Não ( )Sim n°/dia Álcool: ( )Não ( )Sim Drogas: ( )Não ( )Sim Uso medicamento: ( )Não ( )Sim	
<b>Intercorrências no pré-natal atual:</b> <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> TPP <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia / eclâmpsia <input type="checkbox"/> DMG <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> CIUR <input type="checkbox"/> Oligodrâmnio <input type="checkbox"/> Corioamnionite <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Malformações <input type="checkbox"/> Outros:	<b>Patologias prévias maternas:</b> <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Trombofilia <input type="checkbox"/> Lúpus <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Outros:	<b>Exames Laboratório</b> Hemograma: Glicemia: PU: Screening anticorpos ( ) Trimestre: 1º      2º      3º Sorologias: Pos      Neg      Não fez VDRL      ( )      ( )      ( ) Toxo IgM      ( )      ( )      ( ) HIV      ( )      ( )      ( ) Rubéola: IgG pos. ( )      neg. ( ) Parvovírus: pos. ( )      neg. ( ) CMV      pos. ( )      neg. ( ) Listeria: pos. ( )      neg. ( ) Clamídia pos. ( )      neg. ( ) HbsAg: pos. ( )      neg. ( ) Strepto: pos. ( )      neg. ( )	
<b>Motivo da consulta atual (queixa):</b>   <b>*Presença ou não de:</b>	<b>Exame na Internação</b> AFU:      PA: AU:      Temp:	<b>Pós-Parto:</b> Parto ( )      Cesárea ( ) Complicações:	
		Peso feto:	

TP:            BR: Sangramento: Parada MF:            Outros: Se Bolsa Rota Data:                                  Hora: Aspecto LA: ( ) Claro ( ) Meconial ( ) Fétido ( ) Sanguinolento	Toque: _____ _____ _____ _____	Sexo feto: ( ) Masc ( ) Fem Gemelar: ( ) sim ( ) não
Resumo da história: _____ _____ _____ _____ _____		
Causa do óbito pelos achados clínicos: _____ _____		
Autópsia: ( ) Não ( ) Sim Estudo do feto: Coleta de sangue (cordão umbilical ou intra-cardíaco) para hemograma completo _____ _____ _____ _____ _____		
Estudo da placenta (Exame macroscópico e microscópico): Cultura bacteriana da superfície fetal placentária para streptococcus do grupo B, Listeria e E. coli _____ _____ _____		
Estudo do cordão Coleta por Swab na superfície fetal para cultura (Exame macroscópico e microscópico): _____ _____ _____		
Estudo citogenético _____ _____ _____		
Causa(s) do óbito: _____ _____ _____ _____		





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / SUS

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME										Nº DO PRONTUÁRIO																									
IDADE										SEXO					COR					PESO					ALTURA										
AMB		<input type="checkbox"/>		EM		<input type="checkbox"/>		UTI		<input type="checkbox"/>		PED		<input type="checkbox"/>		CC		<input type="checkbox"/>		GO		<input type="checkbox"/>		MÉD		<input type="checkbox"/>		SAP		<input type="checkbox"/>		LEITO		<input type="checkbox"/>	
DADOS CLÍNICOS:																									CARIMBO/AUTORIZAÇÃO										
MATERIAL A EXAMINAR:																																			
EXAMES SOLICITADOS:																																			
<b>ROTINA PARA ÓBITO FETAL</b>																									DATA     /     /										
																									ASS. E CARIMBO DO MÉDICO										

COD. 11185

IMPrensa UNIVERSITÁRIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / SUS

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME																		Nº DO PRONTUÁRIO																																																																							
IDADE																		SEXO										COR										PESO										ALTURA																																									
AMB <input type="checkbox"/>										EM <input type="checkbox"/>										UTI <input type="checkbox"/>										PED <input type="checkbox"/>										CC <input type="checkbox"/>										GO <input type="checkbox"/>										MÉD <input type="checkbox"/>										SAP <input type="checkbox"/>										LEITO <input type="checkbox"/>									
DADOS CLÍNICOS:																														CARIMBO/AUTORIZAÇÃO																																																											
MATERIAL A EXAMINAR:																																																																																									
EXAMES SOLICITADOS:  PESQUISA DE STREPTOCOCCUS DO GRUPO B, UREAPASMA, MICOPLASMA e NEISSERIA GONORRHOEAE (TM) BACTERIOSCOPIA / EXAME A FRESCO DA SECREÇÃO VAGINAL PERQUISA DE CLAMÍDEA (IF)																																																																																									
																														HORA DA COLETA:																																																											
																														DATA     /     /																																																											
																														Ass. e CARIMBO DO MÉDICO																																																											

Cod. 11185

IMPRESSÃO UNIVERSITÁRIA

## COLETA DE EXAMES DE SECREÇÃO VAGINAL, RASPADO ENDOCERVICAL E SWAB PERI

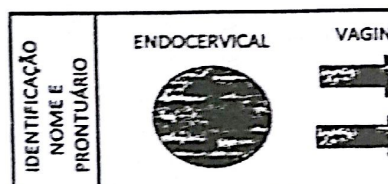
### Antes do espêculo:

Pesquisa de Strepto GB: com o mesmo swab (AZUL, com meio de transporte), introduzir cerc introito vaginal com movimento circular, e, após, passá-lo na região perianal.

### Colocar espêculo: (não usar lubrificante)

#### Fundo de saco:

1. Bacteriocópia da secreção vaginal e endocervical: montar a lâmina como a figura ao lado e guardá-la em frasco seco (swab SECO, dacron)



2. Exame a fresco: colocar o mesmo swab da bacterioscopia no tubo de ensaio com solução está na geladeira), agitar e desprezar o swab.

### Endocervical (importante obedecer a sequência):

1ª Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*: coletar com swab PRETO (com carvão, armazenar no meio específico.

2ª Pesquisa de Clamídia: com o swab vermelho (haste metálica, mais fino) e passar na lâmina azul. Guardar a lâmina em frasco seco. Com o FLOQswab coletar e colocar tubo com meio de transporte líquido UTM-RT (para Clamídia por PCR), quebrar o swab e fechar bem o tubo.

3ª Pesquisa de *Mycoplasma* e *Ureaplasma*: colher com swab comum, comprimir com o frasco com meio de transporte (tubinho com líquido amarelo, está na geladeira) e desprezar o swab.

### ATENÇÃO: IDENTIFICAR TODOS OS TUBOS E LÂMINAS COM O NOME DA PACIENTE E SEU P

#### MATERIAL A SER ENVIADO – CHECK LIST:

- Tubete com a lâmina de Clamídia e a de bacterioscopia
- Tubo com salina para exame a fresco
- Tubinho com meio de cultura para *Mycoplasma* e *Ureaplasma*
- Swab AZUL para estrepto GB
- Swab PRETO para *Neisseria*

PEDIDO DE EXAMES: Pesquisa de *Streptococcus* do grupo B, Pesquisa de *Mycoplasma* e *Ure*; Pesquisa de *Neisseria*, Pesquisa de Clamídia, bacterioscopia, exame a fresco.

ESTES EXAMES DEVEM SER SOLICITADOS DE TODAS AS GESTANTES COM ROTURA PREMATURA DE M E/OU TRABALHO DE PARTO PREMATURO (SUSPEITO OU CONFIRMADO), LOGO NA ADMISSÃO E ANTIBIÓTICOS. DEVE SER COLETADO EM QUALQUER HORÁRIO OU DIA DA SEMANA, O LABORATÓRIO O MATERIAL DEVE SER ENCAMINHADO IMEDIATAMENTE AO LABORATÓRIO.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## REQUISIÇÃO DE EXAMES E RELATÓRIO

EXAME(S) SOLICITADO(S):

INDICAÇÃO CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
MÉDICO REQUERENTE CRM

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

COMENTÁRIOS:

**RAIO X DE  
CORPO INTEIRO  
DO FETO**

\_\_\_\_\_  
Médico Radiologista CRM

Data exame	Convênio	Carente recursos	Outros
____/____/____	____	____	____
____	____	____	____

**ANEXO 2 – Requisição de Exame Necroscópico (Serviço de Anatomia Patológica)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

**REQUISIÇÃO DE EXAME NECROSCÓPICO**

A(o) Clínica \_\_\_\_\_ requisita a  
Serviço  
necrópsia de \_\_\_\_\_  
com \_\_\_\_\_ anos de idade, admitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e falecido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
horas.

REGISTRO HOSPITALAR Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico assistente – CRM  
(use carimbo ou letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

**PARTE A:**

Ia: Causa básica da morte (doença principal que conduziu à morte)

\_\_\_\_\_

Ib: Causas terminais da morte (condições resultantes da Ia e que foram responsáveis pela morte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II: Outras condições não relacionadas a Ia que contribuíram para a morte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III: Condições associadas que aparentemente não contribuíram para a morte.

---

---

---

IV: Condições em que o óbito ocorreu.

---

---

---

PARTE B:

I: Resumo da história clínica, história pregressa, queixa principal, sinais e sintomas, evolução, medidas terapêuticas, etc.; anamnese obstétrica e pré-natal quando couber.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

II: Antecedentes familiares e epidemiológicos significativos.

---

---

---


III: Resultado de exames complementares significativos.

---

---

---

### ANEXO 3 – Ficha de Exame Anatomopatológico (HU)

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b> <b>SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA</b>	<b>EXAME</b> <b>ANATOMOPATOLÓGICO</b>	<b>Nº EXAME</b>
---	--	-----------------

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome: _____	Prontuário: _____ Registro PS/P: _____
Clinica: _____ Leito: _____ Amb: _____	Profissão: _____
Mãe: _____	Data Nasc: _____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Identidade: _____	Órgão Exp: _____ CPF: _____
Endereço: _____	Bairro: _____
Município: _____ Estado: _____	CEP: _____ Fone: _____

<b>DADOS SOBRE O PACIENTE</b>	
Material a Examinar: _____	<b>Esquema da Biópsia ou Resseção</b>
Hipóteses Diagnósticas e Dados Clínicos: _____	
_____	
Localização, Aspecto e Tempo de Evolução da Lesão: _____	
_____	
Resultados de Exames Complementares Importantes e Anatomopatológicos Anteriores: _____	
_____	
OBS: Em se tratando de Patologia Óssea, anexar Radiografias.	
<b>CIRURGIA REALIZADA</b>	
Data: _____	
Nome do Médico: _____	
Assinatura: _____	
CRM: _____	


## ANEXO 4 – Ficha de Identificação do Cadáver

CLÍNICA:	QUARTO:	LEITO:
PRONTUÁRIO N°:	CASO POLÍCIA:	
HORA DO ÓBITO:	DATA:     /     /     .	
Ass. ENFERMEIRO(A) _____		
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>  <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>  <b>IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER</b>		

Código 10448

Imprensa Universitária


## ANEXO 5 – Aviso de Saída

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>AVISO DE SAÍDA</b>
<p>Clínica _____ Quarto/Leito _____ / _____ Categoria _____</p> <p><input type="checkbox"/> Transfêrencia para Quarto/Leito _____ / _____ Hospital _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alta</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito - Necrópsia    (    ) Sim    (    ) Não</p> <p>Óbito a ser assinado por: _____</p> <p>_____</p> <p>Poderá sair às _____ horas</p> <p>(    ) Acompanhado    (    ) Com familiar    (    ) Através do Serviço Social</p> <p>Saída autorizada por: _____</p> <p>_____</p>	
<p>Data: _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Responsável</p>	

Via Branca - Admissão e Egressos/Estatística  
Via Verde - Serviço de Nutrição e Dietético  
Via Rosa - Enfermagem  
Cód: 11622

Imprensa Universitária

## ANEXO 6 – Ficha de Entrega do Cadáver

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
<b>ENTREGA DE CADÁVER</b>	
Recebi do Hospital Universitário o cadáver de .....	
.....	
Entregue por .....	
Recebido por .....	
Em...../...../.....	
..... Assinatura do Responsável	

Mod. 0300/147

Imprensa Universitária