

Nascendo nas Casas de Parto

Prontuário

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO E DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Tipo de coleta	<input type="radio"/> 1, Casa de parto, sem transferência <input type="radio"/> 2, Transferência intraparto <input type="radio"/> 3, Transferência pós-parto (materna) <input type="radio"/> 4, Transferência pós-parto (neonatal) <input type="radio"/> 5, Transferência pós-parto (materna e neonatal)
2. Local onde a entrevista será realizada	<input type="radio"/> 1, Casa de parto, sem transferência <input type="radio"/> 2, Hospital
Casa de Parto	<input type="radio"/> 701, SP - Casa Ângela - Associação Comunitária Monte Azul (701) <input type="radio"/> 702, RJ - Realengo - Casa de Parto David Capistrano Filho (702) <input type="radio"/> 703, DF - São Sebastião - Casa de Parto de São Sebastião (703) <input type="radio"/> 704, SP - Sapopemba - Casa do Parto de Sapopemba (704) <input type="radio"/> 705, PE - Paudalho - Centro de Parto Normal de Paudalho Gabrielly Ramos (705) <input type="radio"/> 706, PA - Castanhal - Centro de Parto Normal Haydée Pereira de Sena (706) <input type="radio"/> 707, MG - CPNp do Hospital Sofia Feldman - (707) <input type="radio"/> 708, BA - Mansão do Caminho - Unidade Mista Dr. José Carneiro de Campos / CPN Marieta de Souza Pereira (708)
Hospital	<input type="radio"/> 801, SP - Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo) (801) <input type="radio"/> 802, RJ - Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro (802) <input type="radio"/> 803, DF - Hospital Regional de Paranoá (Região Leste) (803) <input type="radio"/> 804, SP - Hospital Estadual de Vila Alpina (804) <input type="radio"/> 805, PE - Hospital Ermírio Coutinho (805) <input type="radio"/> 806, PA - Hospital Francisco Magalhães (806) <input type="radio"/> 807, MG - Hospital Sofia Feldman (807) <input type="radio"/> 808, BA - Maternidade Albert Sabin (808)
Prontuário da Casa de Parto iniciado?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 88, Não elegível, perda ou recusa
Prontuário Hospitalar iniciado?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 88, Não elegível, perda ou recusa
3. Código do coletador	_ _ _
3.1. Nome do coletador	(resposta livre)

3.2. Data do início da coleta de dados <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data do início da coleta de dados
3.3. Horário de início da coleta de dados <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ : _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o horário de início da coleta dos dados

II. DADOS DA MULHER

4. Nº do prontuário da mulher no CPN	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o número do prontuário
4.1. Código único	_ _ _ _ _
4.1. Código único da mulher (8 dígitos) <i>Casa de parto (3 dígitos) + Código da puérpera (4 dígitos)</i>	_ _ _ _ _ _ _
5. Nome completo da mulher	<i>(resposta livre)</i>
5.1. Residência	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o endereço da residência
5.2. Bairro	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o bairro
5.3. Município	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o município
5.4. CEP de residência	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o CEP
5.5. Estado	<input type="radio"/> 1, Acre (AC) <input type="radio"/> 2, Alagoas (AL) <input type="radio"/> 3, Amapá (AP) <input type="radio"/> 4, Amazonas (AM) <input type="radio"/> 5, Bahia (BA) <input type="radio"/> 6, Ceará (CE) <input type="radio"/> 7, Distrito Federal (DF) <input type="radio"/> 8, Espírito Santo (ES) <input type="radio"/> 9, Goiás (GO) <input type="radio"/> 10, Maranhão (MA) <input type="radio"/> 11, Mato Grosso (MT) <input type="radio"/> 12, Mato Grosso do Sul (MS) <input type="radio"/> 13, Minas Gerais (MG) <input type="radio"/> 14, Pará (PA) <input type="radio"/> 15, Paraíba (PB) <input type="radio"/> 16, Paraná (PR) <input type="radio"/> 17, Pernambuco (PE) <input type="radio"/> 18, Piauí (PI) <input type="radio"/> 19, Rio de Janeiro (RJ) <input type="radio"/> 20, Rio Grande do Norte (RN) <input type="radio"/> 21, Rio Grande do Sul (RS) <input type="radio"/> 22, Rondônia (RO) <input type="radio"/> 23, Roraima (RR) <input type="radio"/> 24, Santa Catarina (SC) <input type="radio"/> 25, São Paulo (SP) <input type="radio"/> 26, Sergipe (SE) <input type="radio"/> 27, Tocantins (TO)

	<input type="radio"/> 99, Não informado
5.6. Telefone Residencial	(_ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o telefone residencial ou outro fixo
5.7. Telefone celular	(_ _) _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o telefone celular
5.8. Telefone de contato	(_ _) _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado outro telefone de contato
5.9. Data de nascimento	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de nascimento
5.10. País de Nascimento	<input type="radio"/> 1, Afeganistão <input type="radio"/> 2, África do Sul <input type="radio"/> 3, Albânia <input type="radio"/> 4, Alemanha <input type="radio"/> 5, Andorra <input type="radio"/> 6, Angola <input type="radio"/> 7, Antígua e Barbuda <input type="radio"/> 8, Arábia Saudita <input type="radio"/> 9, Argélia <input type="radio"/> 10, Argentina <input type="radio"/> 11, Arménia <input type="radio"/> 12, Austrália <input type="radio"/> 13, Áustria <input type="radio"/> 14, Azerbaijão <input type="radio"/> 15, Bahamas <input type="radio"/> 16, Bangladesh <input type="radio"/> 17, Barbados <input type="radio"/> 18, Bahrein <input type="radio"/> 19, Bélgica <input type="radio"/> 20, Belize <input type="radio"/> 21, Benim <input type="radio"/> 22, Bielorrússia <input type="radio"/> 23, Bolívia <input type="radio"/> 24, Bósnia e Herzegovina <input type="radio"/> 25, Botsuana <input type="radio"/> 26, Brunei <input type="radio"/> 27, Bulgária <input type="radio"/> 28, Burquina Faso <input type="radio"/> 29, Burundi <input type="radio"/> 30, Butão <input type="radio"/> 31, Cabo Verde <input type="radio"/> 32, Camarões <input type="radio"/> 33, Camboja <input type="radio"/> 34, Canadá <input type="radio"/> 35, Catar <input type="radio"/> 36, Cazaquistão

- 37, Chade
- 38, Chile
- 39, China
- 40, Chipre
- 41, Colômbia
- 42, Comores
- 43, Congo-Brazzaville
- 44, Coreia do Norte
- 45, Coreia do Sul
- 46, Kosovo
- 47, Costa do Marfim
- 48, Costa Rica
- 49, Croácia
- 50, Kwait
- 51, Cuba
- 52, Dinamarca
- 53, Dominica
- 54, Egito
- 55, Emirados Árabes Unidos
- 56, Equador
- 57, Eritreia
- 58, Eslováquia
- 59, Eslovênia
- 60, Espanha
- 61, Essuatíni
- 62, Estado da Palestina
- 63, Estados Unidos
- 64, Estónia
- 65, Etiópia
- 66, Fiji
- 67, Filipinas
- 68, Finlândia
- 69, França
- 70, Gabão
- 71, Gâmbia
- 72, Gana
- 73, Geórgia
- 74, Granada
- 75, Grécia
- 76, Guatemala
- 77, Guiana
- 78, Guiné
- 79, Guiné Equatorial
- 80, Guiné-Bissau
- 81, Haiti
- 82, Honduras
- 83, Hungria
- 84, Líbano
- 85, Ilhas Marechal
- 86, Índia

- 87, Indonésia
- 88, Irã
- 89, Iraque
- 90, Irlanda
- 91, Islândia
- 92, Israel
- 93, Itália
- 94, Jamaica
- 95, Japão
- 96, Djibuti
- 97, Jordânia
- 98, Laos
- 99, Lesoto
- 100, Letónia
- 101, Líbano
- 102, Libéria
- 103, Líbia
- 104, Listenstaine
- 105, Lituânia
- 106, Luxemburgo
- 107, Macedónia do Norte
- 108, Madagáscar
- 109, Malásia
- 110, Maláui
- 111, Maldivas
- 112, Mali
- 113, Malta
- 114, Marrocos
- 115, Maurícia
- 116, Mauritânia
- 117, México
- 118, Mianmar
- 119, Micronésia
- 120, Moçambique
- 121, Moldávia
- 122, Mónaco
- 123, Mongólia
- 124, Montenegro
- 125, Namíbia
- 126, Nauru
- 127, Nepal
- 128, Nicarágua
- 129, Níger
- 130, Nigéria
- 131, Noruega
- 132, Nova Zelândia
- 133, Omã
- 134, Países Baixos
- 135, Palau
- 136, Panamá

- 137, Papua Nova Guiné
- 138, Paquistão
- 139, Paraguai
- 140, Peru
- 141, Polónia
- 142, Portugal
- 143, Quênia
- 144, Quirguistão
- 145, Kiribati
- 146, Reino Unido
- 147, República Centro-Africana
- 148, República Checa
- 149, República Democrática do Congo
- 150, República Dominicana
- 151, Roménia
- 152, Ruanda
- 153, Rússia
- 154, Salomão
- 155, Salvador
- 156, Samoa
- 157, Santa Lúcia
- 158, São Cristóvão e Neves
- 159, São Marinho
- 160, São Tomé e Príncipe
- 161, São Vicente e Granadinas
- 162, Seicheles
- 163, Senegal
- 164, Serra Leoa
- 165, Sérvia
- 166, Singapura
- 167, Síria
- 168, Somália
- 169, Sri Lanka
- 170, Sudão
- 171, Sudão do Sul
- 172, Suécia
- 173, Suíça
- 174, Suriname
- 175, Tailândia
- 176, Taiwan
- 177, Tajiquistão
- 178, Tanzânia
- 179, Timor-Leste
- 180, Togo
- 181, Tonga
- 182, Trindade e Tobago
- 183, Tunísia
- 184, Turcomenistão
- 185, Turquia
- 186, Tuvalu

	<input type="radio"/> 187, Ucrânia <input type="radio"/> 188, Uganda <input type="radio"/> 189, Uruguai <input type="radio"/> 190, Uzbequistão <input type="radio"/> 191, Vanuatu <input type="radio"/> 192, Vaticano <input type="radio"/> 193, Venezuela <input type="radio"/> 194, Vietname <input type="radio"/> 195, Zâmbia <input type="radio"/> 196, Zimbábue
6. Cor da pele/raça	<input type="radio"/> 1, Branca <input type="radio"/> 2, Preta <input type="radio"/> 3, Asiática <input type="radio"/> 4, Parda <input type="radio"/> 5, Indígena <input type="radio"/> 99, Não sabe ou não quer informar
7. Nível de escolaridade	<input type="radio"/> 0, Nenhum <input type="radio"/> 1, 1º ano do ensino fundamental (alfabetização) <input type="radio"/> 2, 2º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 3, 3º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 4, 4º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 5, 5º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 6, 6º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 7, 7º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 8, 8º ano do ensino fundamental <input type="radio"/> 9, 9º ano do ensino fundamental (fundamental completo) <input type="radio"/> 10, 1º ano do ensino médio <input type="radio"/> 11, 2º ano do ensino médio <input type="radio"/> 12, 3º ano do ensino médio (ensino médio completo) <input type="radio"/> 13, Ensino Superior incompleto <input type="radio"/> 14, Ensino Superior completo ou mais <input type="radio"/> 99, Não sabe ou não quer informar
8. Situação conjugal	<input type="radio"/> 1, Não tem companheiro(a) <input type="radio"/> 2, Tem companheiro e vive com ele <input type="radio"/> 3, Tem companheira e vive com ela <input type="radio"/> 4, Tem companheiro mas não vive com ele <input type="radio"/> 5, Tem companheira mas não vive com ela <input type="radio"/> 99, Não sabe informar
9. A internação hospitalar foi paga pelo	<input type="radio"/> 1, SUS/Público <input type="radio"/> 2, Plano de Saúde <input type="radio"/> 3, Particular (Desembolso Direto) <input type="radio"/> 4, Outra <input type="radio"/> 99, Sem informação
9.1. Qual?	<i>(resposta livre)</i>
III. INTERNAÇÃO	
11. Data da internação	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de internação
12. Hora da admissão	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de admissão

13. Forma de acesso da mulher à esta casa de parto	<input type="radio"/> 1, Procura espontânea <input type="radio"/> 2, Referida de unidade da rede básica (posto/centro de saúde/hospital) por meio próprio <input type="radio"/> 3, Transferida em ambulância de outro hospital/unidade de saúde <input type="radio"/> 4, Trazida por ambulância do domicílio ou via pública (SAMU/bombeiro) <input type="radio"/> 5, Outra <input type="radio"/> 99, Não informado
13.1. Qual?	(resposta livre)
14. Data de saída da Casa de Parto	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de saída da Casa de Parto
15. Tipo de saída da mulher da Casa de Parto	<input type="radio"/> 1, Alta <input type="radio"/> 2, Saída à revelia <input type="radio"/> 3, Óbito <input type="radio"/> 4, Permanece internada após 42 dias da data do parto/perda fetal <input type="radio"/> 5, Encaminhada <input type="radio"/> 6, Transferida
15.1 Transcrever as causas de óbito materno registrados no prontuário	(resposta livre) <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas de óbito materno no prontuário
15.2 Transcrever todas as causas listadas na declaração de óbito	(resposta livre) <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas de óbito na declaração de óbito
15.3 Solicitada necropsia?	<input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 2, Não
15.3.1 Laudo de necropsia da mulher disponível? (prontuário /COMITÊ)	<input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 2, Não
15.3.1.1 Copiar diagnóstico final/ conclusão do laudo da mãe	(resposta livre)
IV. ANTECEDENTES CLÍNICO-OBSTÉTRICOS	
16. Número de gestações incluindo a atual (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20 <input type="radio"/> 99, Não informado
17. Número total de abortos anteriores (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20 <input type="radio"/> 99, Não informado
17.1. Número de abortos espontâneos anteriores (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20 <input type="radio"/> 99, Não informado
17.2. Número total de abortos provocados anteriores (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20 <input type="radio"/> 99, Não informado
18. Número de partos vaginais anteriores (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20 <input type="radio"/> 99, Não informado
18.1. Normais (de 0 a 20)	_ _ <input type="radio"/> 21, Mais do que 20

- 23, Outros transtornos mentais
- 24, Cirurgia bariátrica
- 25, Cerclagem em gestação anterior
- 26, Pielonefrite
- 27, Miomatose
- 28, Malformação uterina (útero bicorno, útero de Delfo, outras malformações)
- 29, Infecção pelo HIV/Aids
- 30, Trombofilias
- 31, Diabetes gestacional em gestação previa
- 88, Outras
- 0, Nenhum antecedente pessoal

27.1 Qual? *(resposta livre)*

28. Quantos antecedentes pessoais? *(calculada)*

29. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesárea, cesariana com incisão corporal, outras cirurgias do corpo uterino)
- 0, Não
 - 1, Sim
 - 99, Não tem informação no prontuário

VI. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OU OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

30. A [nome_da_mulher] apresentou alguma das seguintes intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual?

- 1, Insuficiência istmo-cervical (IIC)
- 2, Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR)
- 3, Oligodramnia
- 4, Polidramnia
- 5, Isoimunização RH
- 6, Placenta prévia
- 7, Acretismo placentário
- 8, Descolamento prematuro de placenta (DPP)
- 9, Amniorrexe prematura
- 10, Diabetes gestacional
- 11, Pré-eclâmpsia/Hipertensão gestacional
- 12, Eclampsia
- 13, Síndrome HELLP
- 14, Ameaça/trabalho de parto prematuro
- 15, Colo curto (< 25 mm)
- 16, Sífilis
- 17, Infecção pelo HIV
- 18, Infecção urinária/Pielonefrite
- 19, Toxoplasmose (que precisou tratar)
- 20, Infecção por ZIKA vírus
- 21, Infecção por Dengue
- 22, Infecção por Chikungunya
- 23, Malária
- 24, Pneumonia
- 25, Tuberculose
- 26, Hemorragia sem especificação
- 88, Outras
- 0, Nenhum antecedente pessoal

30.1. Qual? *(resposta livre)*

30.2. Quantos antecedentes pessoais? *(calculada)*

31. Infecção pelo coronavírus/ SARS-COV-2/COVID-19?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
31.1 Data do diagnóstico do covid19?	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de diagnóstico do Covid-19
31.1.1. Idade Gestacional da Infecção pelo coronavírus/ SARS-COV-2/COVID-19? (de 4 a 44)	_ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
31.2 Método de confirmação diagnóstica? (permite mais de uma opção)	<input type="radio"/> 1, Diagnóstico clínico <input type="radio"/> 2, PCR positivo <input type="radio"/> 3, Sorologia com resultado reagente <input type="radio"/> 4, Radiológico (RX, tomografia computadorizada, ultrassonografia) <input type="radio"/> 99, Não informado
32. Foi internada durante a gravidez?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
32.1 Qual o motivo da internação? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Hipertensão/pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> 2, Sangramento <input type="checkbox"/> 3, Ameaça/trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> 4, Infecção urinária <input type="checkbox"/> 5, Diabetes <input type="checkbox"/> 6, Hiperêmese <input type="checkbox"/> 7, Bolsa rota/Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> 8, Problemas com o bebê <input type="checkbox"/> 9, Pneumonia <input type="checkbox"/> 10, SARS-COV-2/COVID-19 <input type="checkbox"/> 11, Outros <input type="checkbox"/> 12, Não informado
32.1.1. Qual?	(resposta livre)
33. Exame de cultura para estreptococo na vagina e/ou ânus e/ou urina com resultado positivo	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
34. Essa gravidez foi resultado de reprodução assistida	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
35. Houve diagnóstico no pré-natal de malformação congênita?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
VII. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	
36. O Cartão de Pré-natal está disponível no prontuário?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
VIII. ADMISSÃO	
37. Data da última menstruação (DUM):	_ _ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data da última menstruação
38. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM (semanas) (de 22 a 44)	_ _ <input type="radio"/> 99, Não informado

38.1. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM (dias) (de 0 a 6)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
39. Idade gestacional na admissão calculada por ultrassonografia (USG) (semanas) (de 22 a 44)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
39.1 Idade gestacional na admissão calculada por USG (dias) (de 0 a 6)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
40. Data da USG usada para cálculo	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data da USG
40.1. Idade gestacional na USG usada para cálculo (semanas) (de 5 a 44)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
40.1.1 Idade gestacional na USG usada para cálculo (dias) (de 0 a 6)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
41. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo (semanas) (de 5 a 44)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
41.1 Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo (dias) (de 0 a 6)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
42. Há registro de pressão arterial na admissão	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
42.1 Última verificação na admissão: sistólica (em mmHg) (de 0 a 220)	_ _ _ _
42.2 Última verificação na admissão: diastólica (em mmHg) (de 0 a 220)	_ _ _ _
43. Frequência cardíaca na admissão	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a frequência cardíaca na admissão
44. Frequência respiratória na admissão	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a frequência respiratória na admissão
45. Temperatura axilar	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a temperatura axilar
46. Saturação de Oxigênio na admissão (de 0 a 100 com um decimal)	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a saturação de oxigênio na admissão
47. Tipo sanguíneo da mulher	<input type="radio"/> 1, A <input type="radio"/> 2, B <input type="radio"/> 3, O <input type="radio"/> 4, AB <input type="radio"/> 99, Não informado
48. Fator RH da mulher	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo <input type="radio"/> 99, Não informado

49. Aparência da mulher na admissão	<input type="radio"/> 1, Sem alterações <input type="radio"/> 2, Doente/Abatida <input type="radio"/> 3, Pálida <input type="radio"/> 4, Ictérica <input type="radio"/> 5, Sudoreica <input type="radio"/> 99, Não informado
50. Sangramento vaginal na admissão	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, pequeno <input type="radio"/> 2, Sim, moderado <input type="radio"/> 3, Sim, intenso (sangramento vaginal abundante, vermelho vivo, com ou sem coágulos, compressas/toalhas/roupas empapadas de sangue, palidez) <input type="radio"/> 99, Não informado
51. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes ou no momento da admissão	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, líquido claro <input type="radio"/> 2, Sim, líquido com mecônio <input type="radio"/> 3, Sim, líquido sanguinolento <input type="radio"/> 4, Sim, líquido purulento, fétido <input type="radio"/> 5, Sim, sem especificação <input type="radio"/> 99, Não informado
51.1. Data e hora da amniorrexe/amniotomia (bolsa rota)	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ : _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data e a hora da amniorrexe/amniotomia
52. Registro de altura uterina (de 21 a 60)	_ _ <input type="radio"/> 20, 20 ou menos <input type="radio"/> 99, Não informado
53. Dilatação do colo do útero no momento da admissão (em centímetros) (de 0 a 10)	_ _ <input type="radio"/> 88, Exame de toque não realizado <input type="radio"/> 99, Não informado
54. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão (de 0 a 8)	_ _ <input type="radio"/> 99, Não informado
55. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame)	<input type="radio"/> 1, Ausente <input type="radio"/> 2, Presente <input type="radio"/> 99, Não informado
Frequência (de 0 a 220)	_ _ _
56. Apresentação do bebê	<input type="radio"/> 1, Cefálica <input type="radio"/> 2, Pélvica <input type="radio"/> 3, Outra (cômica/transversa) <input type="radio"/> 99, Não informado
57. Realizada cardiotocografia (CTG) (Permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Sim, antes de vir para a casa de parto <input type="checkbox"/> 2, Sim, na admissão/internação <input type="checkbox"/> 3, Sim, fora de trabalho de parto após a internação <input type="checkbox"/> 4, Sim, antes da admissão
57.1 Algum resultado da CTG alterado	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado

IX. INTERNAÇÃO PARA O PARTO

58. Motivo (diagnóstico) da internação (permite mais de uma opção)	<input type="radio"/> 0, Trabalho de parto <input type="radio"/> 2, Pródromos de trabalho de parto <input type="radio"/> 3, Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota antes do trabalho de parto) <input type="radio"/> 4, Trabalho de parto prematuro/ameaça de parto prematuro <input type="radio"/> 5, Indução do trabalho de parto <input type="radio"/> 6, Gestação > 41 semanas
59. Há registro de teste rápido anti-HIV realizado durante a internação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
59.1 Qual foi o resultado final da testagem, considerando um ou mais testes durante a internação?	<input type="radio"/> 0, Não reagente <input type="radio"/> 1, Reagente <input type="radio"/> 2, Indeterminado <input type="radio"/> 99, Não informado
60. Há registro de teste rápido para sífilis realizado durante a internação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
60.1 Qual foi o resultado do teste?	<input type="radio"/> 0, Não reagente <input type="radio"/> 1, Reagente <input type="radio"/> 2, Indeterminado <input type="radio"/> 99, Não informado
61. Apresentou diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) durante internação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
62. Houve diagnóstico de COVID-19 durante a internação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
62.1 Descrever exame realizado (material, data e resultado)	(resposta livre)

X. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO [NO CPNp]

63. O início do trabalho de parto foi	<input type="radio"/> 1, Espontâneo <input type="radio"/> 2, Induzido com sucesso <input type="radio"/> 3, Induzido sem sucesso (falha na indução) <input type="radio"/> 4, Não entrou em trabalho de parto
64. Medicamentos/métodos utilizados para indução do parto (ver folha de prescrição) (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Ocitocina <input type="checkbox"/> 2, Misoprostol <input type="checkbox"/> 3, Krause/Foley/Balão <input type="checkbox"/> 4, Dinoprostone <input type="checkbox"/> 5, Acupuntura <input type="checkbox"/> 6, Acupressão <input type="checkbox"/> 7, Rícino <input type="checkbox"/> 8, Chá estimulante <input type="checkbox"/> 9, Massagem estimulante <input type="checkbox"/> 10, Moxa <input type="checkbox"/> 11, Escalda-pés <input type="checkbox"/> 12, Descolamento de membranas <input type="checkbox"/> 13, Óleo de prímula <input type="checkbox"/> 14, Outros

64.1 Quais?	(resposta livre)
65. Prescrição de dieta no trabalho de parto/indução do trabalho de parto	<input type="radio"/> 1, Geral/Livre <input type="radio"/> 2, Jejum <input type="radio"/> 3, Dieta líquida <input type="radio"/> 4, Outro tipo de dieta <input type="radio"/> 99, Não informado
65.1 Qual?	(resposta livre)
66. Uso de hidratação venosa no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
67. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
68. Administração de antibióticos no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
69. Profissional que prestou assistência durante o trabalho de parto (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Obstetiz <input type="checkbox"/> 2, Enfermeiro(a) obstétrica <input type="checkbox"/> 3, Médico(a) obstetra <input type="checkbox"/> 4, Enfermeiro(a) (não-obstétrica) <input type="checkbox"/> 5, Médico(a) (não obstetra) <input type="checkbox"/> 6, Estudante <input type="checkbox"/> 7, Outros <input type="checkbox"/> 99, Não informado
64.1 Quais?	(resposta livre)
69.1. Enfermeiro(a) (não-obstétrico(a))	<input type="checkbox"/> 1, Residência em Enfermagem Obstétrica <input type="checkbox"/> 2, Residência em Enfermagem Neonatal <input type="checkbox"/> 3, Especialização em Enfermagem Obstétrica <input type="checkbox"/> 4, Pós-graduação em Enfermagem Neonatal <input type="checkbox"/> 5, Graduação em Enfermagem <input type="checkbox"/> 6, Graduação em Obstetrícia <input type="checkbox"/> 7, Graduação em Medicina <input type="checkbox"/> 8, Residência em Obstetrícia para médicos
70. Há algum registro no partograma?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 88, Não tem partograma no prontuário
71. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma? (De 0 a 10)	__ __ <input type="radio"/> 99, Sem informação
72. Quantos registros de ausculta fetal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto? (De 0 a 50)	__ __
73. Realizada cardiotocografia (CTG) durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
73.1 Resultado da CTG alterado	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado

74. Quantos registros de dilatação aferidos pelo toque vaginal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto? (De 0 a 20)	_ _
75. Administração de ocitocina durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
75.1 Data do início da administração de ocitocina	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de início da administração
75.2 Hora do início da administração de ocitocina	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado a hora de início da administração
75.3 Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina	(resposta livre) <input type="radio"/> 99, Não informada a dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina
76. Administração de analgésicos durante o trabalho de parto (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Sim, opioides (dolantina, meperidina ou petidina, tramadol) <input type="checkbox"/> 2, Sim, outros (buscopan, dipirona, hioscina, outros)
77. Há registro de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não há registro <input type="checkbox"/> 1, Chuveiro <input type="checkbox"/> 2, Banheira <input type="checkbox"/> 3, Aromaterapia <input type="checkbox"/> 4, Deambulação <input type="checkbox"/> 5, Espalдар <input type="checkbox"/> 6, Dança <input type="checkbox"/> 7, Bola <input type="checkbox"/> 8, Cavalinho <input type="checkbox"/> 9, Corda suspensa <input type="checkbox"/> 10, Banqueta <input type="checkbox"/> 11, Agachamento <input type="checkbox"/> 12, Quatro apoios <input type="checkbox"/> 13, Massagem <input type="checkbox"/> 14, Acupressão <input type="checkbox"/> 15, Música <input type="checkbox"/> 16, Rebozo <input type="checkbox"/> 17, Bolsa de água quente <input type="checkbox"/> 18, Exercícios respiratórios/vocalização <input type="checkbox"/> 19, Outros <input type="checkbox"/> 99, Não informado
77.1. Quanto tempo de imersão (De 00:00 a 23:59)	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o tempo de imersão
77.2. Quais?	(resposta livre)
78. Houve ruptura de membranas durante a internação	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, ruptura espontânea <input type="radio"/> 2, Sim, ruptura artificial <input type="radio"/> 3, Sim, sem informação do tipo de ruptura

78.1 Qual o horário da ruptura? (De 00:00 a 23:59)	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o horário da ruptura
78.2 Qual a dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma/prontuário	_ _ _ <input type="radio"/> 88, Toque vaginal não realizado <input type="radio"/> 99, Não informado
78.3 Característica do líquido	<input type="radio"/> 1, Líquido claro <input type="radio"/> 2, Líquido com mecônio <input type="radio"/> 3, Líquido sanguinolento <input type="radio"/> 4, Líquido purulento/fétido <input type="radio"/> 5, Líquido sem especificação
79. Há registro no prontuário de (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Alteração de BCF (taquicardia, desacelerações) <input type="checkbox"/> 2, Bolsa rota prolongada (definida por protocolo institucional) <input type="checkbox"/> 3, Parada de progressão (definida por protocolo institucional) <input type="checkbox"/> 4, Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais) <input type="checkbox"/> 5, Sangramento anteparto <input type="checkbox"/> 6, Prolapso de cordão <input type="checkbox"/> 99, Não há registro de NENHUMA das alternativas
80. Há registro de atuação de doula durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
81. Há registro de acompanhante durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
81.1 Quantos?	(resposta livre)

XI. ASSISTÊNCIA AO PARTO [NO CPNp]

82. Tipo de parto	<input type="radio"/> 1, Normal <input type="radio"/> 2, Fórceps <input type="radio"/> 3, Vácuo-extrator <input type="radio"/> 99, Não informado
83. Data do parto: Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data do parto
84. Hora do parto	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora do parto
85. Há registro de acompanhante no parto?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
85.1. Quantos?	(resposta livre)
86. Local do parto	<input type="radio"/> 1, Pré-parto <input type="radio"/> 2, Sala de parto <input type="radio"/> 3, PPP <input type="radio"/> 4, Quarto individual/alojamento conjunto <input type="radio"/> 5, Enfermaria <input type="radio"/> 6, Chuveiro <input type="radio"/> 88, Outro

86.1. Qual?	<i>(resposta livre)</i>
87. Parto na água	<input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 2, Não, por indicação clínica <input type="radio"/> 3, Não, por escolha da mulher <input type="radio"/> 4, Não, não disponível <input type="radio"/> 5, Não, sem razão descrita
88. Posição da mulher no parto	<input type="radio"/> 1, Litotomia <input type="radio"/> 2, Semissentada <input type="radio"/> 3, Sentada <input type="radio"/> 4, Cócoras <input type="radio"/> 5, Quatro apoios <input type="radio"/> 6, Lateral <input type="radio"/> 7, Em pé <input type="radio"/> 8, Outra <input type="radio"/> 99, Não informado
88.1. Qual?	<i>(resposta livre)</i>
89. Qual profissional assistiu o parto	<input type="radio"/> 1, Obstetiz <input type="radio"/> 2, Enfermeiro(a) obstétrica <input type="radio"/> 3, Médico(a) obstetra <input type="radio"/> 4, Enfermeiro(a) (não-obstétrica) <input type="radio"/> 5, Médico(a) (não obstetra) <input type="radio"/> 6, Estudante
89.1 Enfermeiro(a) (não-obstétrico(a))	<input type="radio"/> 1, Residência em Enfermagem Obstétrica <input type="radio"/> 2, Residência em Enfermagem Neonatal <input type="radio"/> 3, Especialização em Enfermagem Obstétrica <input type="radio"/> 4, Pós-graduação em Enfermagem Neonatal <input type="radio"/> 5, Graduação em Enfermagem <input type="radio"/> 6, Graduação em Obstetrícia <input type="radio"/> 7, Graduação em Medicina <input type="radio"/> 8, Residência em Obstetrícia para médicos <input type="radio"/> 9, Outros <input type="radio"/> 10, Não informado
90. Realização de episiotomia	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
91. Ocorrência de laceração vaginal/perineal (assinalar maior grau de laceração)	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, 1º grau <input type="radio"/> 2, 2º grau <input type="radio"/> 3, 3º grau <input type="radio"/> 4, 4º grau <input type="radio"/> 5, Sim, sem especificação
92. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
92.1 Recebeu anestesia para fazer a sutura?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
92.2 Qual o fio utilizado?	<input type="radio"/> 1, Catgut simples

- 2, Vicryl rapid
- 3, Sem fio, outro método utilizado (ex. cola)
- 99, Outros fios

92.2.1. Qual?

(resposta livre)

93. Houve registro de distócia de ombro?

- 0, Não
- 1, Sim

XII. DADOS DO RECÉM-NASCIDO [NO CPNp]

94. Condição de nascimento

- 0, Vivo
- 1, Natimorto, não macerado
- 3, Natimorto, macerado

95. Número do prontuário do recém-nascido

- (resposta livre)
- 99, Não informado

96. Número da Declaração de Nascido Vivo

- (resposta livre)
- 99, Não informado

97. Sexo

- 1, Masculino
- 2, Feminino
- 88, Indefinido
- 99, Não informado

98. Peso ao nascer

Em gramas. Ex.: 3250

- (resposta livre)
- 99, Não informado o peso ao nascer

99. Comprimento

Em centímetros. Ex.: 50

- (resposta livre)
- 99, Não informado o comprimento ao nascer

100. Perímetro cefálico ao nascer

- (resposta livre)
- 99, Não informado o perímetro cefálico ao nascer

101. Idade gestacional por Capurro ou New Ballard

(De 18 a 44)

- |_|_|_|
- 99, Não Informado

102. Idade gestacional sem referência ao método

- |_|_|_|
- 99, Não Informado

103. Índice de Apgar no 1º minuto

(De 0 a 10)

- |_|_|_|
- 99, Não Informado

104. Índice de Apgar no 5º minuto

(De 0 a 10)

- |_|_|_|
- 99, Não Informado

105. Clampeamento do cordão

- 1, Imediato/ precoce (antes de 1 minuto)
- 2, Tardio/ oportuno (depois de 1 minuto)
- 88, Indefinido

106. Contato pele a pele imediato após o nascimento

- 0, Não
- 1, Sim
- 99, Não informado

107. Reanimação Neonatal (permite mais de uma opção)

- 0, Não
- 1, Aspiração de VAS
- 2, O2 inalatório
- 3, CPAP na sala de parto
- 4, Ventilação com pressão positiva com ambu + máscara
- 5, Intubação orotraqueal
- 6, Massagem cardíaca

	<input type="checkbox"/> 7, Cateterismo umbilical <input type="checkbox"/> 8, Expansão volêmica (soro fisiológico pela veia umbilical) <input type="checkbox"/> 9, Drogas (adrenalina)
108. Aleitamento na primeira hora de vida	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
109. Alimentação durante a internação (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> 1, Leite materno + Fórmula <input type="checkbox"/> 2, Fórmula <input type="checkbox"/> 3, Água <input type="checkbox"/> 4, Soro glicosado/glicose <input type="checkbox"/> 5, Leite humano ordenhado <input type="checkbox"/> 88, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="checkbox"/> 99, Não informado
110. Assistência ao RN. Há registro de (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Aspiração gástrica <input type="checkbox"/> 2, Vitamina K (Kanakion) <input type="checkbox"/> 3, Credé (colírio de nitrato de prata) prata ou povidona a 2,5% ou eritromicina <input type="checkbox"/> 4, Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> 5, Vacina BCG <input type="checkbox"/> 6, Incubadora ou berço aquecido <input type="checkbox"/> 7, Teste da Orelhinha (emissão otoacústica/BERA) <input type="checkbox"/> 8, Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) <input type="checkbox"/> 9, Teste do Olhinho (reflexo vermelho) <input type="checkbox"/> 10, Teste da linguinha <input type="checkbox"/> 11, Teste do pezinho <input type="checkbox"/> 88, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="checkbox"/> 99, Não informado
111. Tipo sanguíneo do RN	<input type="radio"/> 1, A <input type="radio"/> 2, B <input type="radio"/> 3, O <input type="radio"/> 4, AB <input type="radio"/> 99, Não informado
112. Fator RH do RN	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo <input type="radio"/> 99, Não informado
113. Coombs direto (RN)	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo <input type="radio"/> 99, Não informado
114. Apresentou malformação congênita?	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo
115. O RN apresentou algum dos diagnósticos a seguir (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Taquipneia transitória <input type="checkbox"/> 2, Hipotermia <input type="checkbox"/> 3, Hipertermia <input type="checkbox"/> 4, Hipoglicemia <input type="checkbox"/> 5, Broncoaspiração <input type="checkbox"/> 99, Não há registro de NENHUMA das alternativas

116. O RN foi exposto ao coronavírus (SARS-COV-2) durante a gestação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, provável infecção materna <input type="radio"/> 2, Sim, infecção materna confirmada
116.1 Foi feito exame para diagnóstico de infecção pelo SARS-COV-2 no recém-nascido?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
116.1.1 Descrever resultado e data da coleta de cada material analisado	<i>(resposta livre)</i> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Data e resultados não informados
117. Alguma lesão corpórea devido ao parto?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Cefalo-hematoma <input type="radio"/> 2, Fratura de clavícula <input type="radio"/> 3, Outras
117.1. Quais?	<i>(resposta livre)</i>
118. Alimentação na data da saída	<input type="radio"/> 1, Leite materno exclusivo <input type="radio"/> 2, Leite materno + Fórmula <input type="radio"/> 3, Fórmula <input type="radio"/> 4, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="radio"/> 99, Não informado
119. Tipo de saída da casa de parto (recém-nascido)	<input type="radio"/> 1, Alta <input type="radio"/> 2, Transferência neonatal <input type="radio"/> 3, Óbito
119.1 Causas de óbito registradas no prontuário (transcrever todas as causas de óbito registradas no prontuário)	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas de óbito registradas no prontuário
120. Peso do bebê na alta da casa de parto/ óbito <i>Em gramas. Ex.: 3250</i>	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o peso do bebê na alta/óbito
121. Data da saída da casa de parto/óbito <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de saída/óbito
XIII. ASSISTÊNCIA MATERNA NO PÓS-PARTO [NO CPNp]	
122. Nas primeiras 2 horas após o parto, foram avaliados (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Pressão arterial <input type="checkbox"/> 2, Sangramento <input type="checkbox"/> 3, Frequência respiratória <input type="checkbox"/> 4, Frequência cardíaca <input type="checkbox"/> 5, Tônus uterino/Globo de segurança de Pinard <input type="checkbox"/> 99, Nenhuma das alternativas
123. Houve administração de Imunoglobulina anti-RH para incompatibilidade RH?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
124. Houve diagnóstico de hemorragia pós-parto (HPP)? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Não <input type="checkbox"/> 1, Sim, por falta de tônus <input type="checkbox"/> 2, Sim, por trauma (ex.: lacerações e hematomas) <input type="checkbox"/> 3, Sim, por tecido (ex.: retenção ou acretismo placentário) <input type="checkbox"/> 4, Sim, por trombina (ex.: coagulopatia) <input type="checkbox"/> 5, Sim, HPP sem causa especificada
125. Administração de uterotônicos ou outras medicações (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Ocitocina profilática <input type="checkbox"/> 2, Ocitocina complementar <input type="checkbox"/> 3, Ergotrate / Methergin / Ergometrina <input type="checkbox"/> 4, Misoprostol

	<input type="checkbox"/> 5, Ácido tranexâmico / Transamin <input type="checkbox"/> 6, Outras <input type="checkbox"/> 99, Não informado
125.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
126. Dequitação	<input type="radio"/> 1, até 30 minutos <input type="radio"/> 2, mais de 30 minutos <input type="radio"/> 3, Retenção <input type="radio"/> 99, Não informado
127. Complicações do períneo (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Dor <input type="checkbox"/> 2, Edema <input type="checkbox"/> 3, Equimose <input type="checkbox"/> 4, Hematoma <input type="checkbox"/> 5, Deiscência
128. Presença de acompanhante no pós-parto?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, no pós-parto imediato <input type="radio"/> 2, Sim, durante todo o pós-parto <input type="radio"/> 99, Não informado
XIV. DADOS DA TRANSFERÊNCIA INTRAPARTO	
129. Data da transferência <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de transferência
130. Hora de indicação da transferência <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de indicação da transferência
131. Hora que a transferência foi realizada <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de realização da transferência
132. Hora de chegada no hospital <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de chegada no hospital
133. Hora de internação no hospital <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de internação no hospital
13X. Motivo da transferência	<input type="radio"/> 1, Alteração de BCF <input type="radio"/> 2, Apresentação anômala <input type="radio"/> 3, Bolsa rota prolongada (definida por protocolo institucional) <input type="radio"/> 4, Líquido meconial <input type="radio"/> 5, Parada de progressão (definida por protocolo institucional) m, durante todo o pós-parto <input type="radio"/> 6, Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais <input type="radio"/> 7, Sangramento anteparto <input type="radio"/> 8, Solicitação materna <input type="radio"/> 88, Outros
13X.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
134. Transporte utilizado para a transferência	<input type="radio"/> 1, Ambulância <input type="radio"/> 2, Veículo próprio <input type="radio"/> 99, Não informado
135. Motivo da internação no hospital	<input type="radio"/> 1, Hipertensão/pré-eclâmpsia <input type="radio"/> 2, Eclâmpsia <input type="radio"/> 3, Sangramento <input type="radio"/> 4, Infecção urinária <input type="radio"/> 5, Bolsa rota fora de TP

	<input type="radio"/> 6, SARS-COV-2/COVID-19 <input type="radio"/> 7, Trabalho de parto <input type="radio"/> 8, Gestação > 41 semanas <input type="radio"/> 88, Outros
135.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
136. O profissional da casa de parto, acompanhou a mulher durante a transferência?	<input type="radio"/> 0, Não, sem motivo declarado <input type="radio"/> 1, Não, por restrição da casa de parto <input type="radio"/> 2, Não, por restrição no transporte <input type="radio"/> 3, Não, por restrição do hospital de referência <input type="radio"/> 4, Sim, apenas durante o transporte <input type="radio"/> 5, Sim, até a admissão no hospital de referência <input type="radio"/> 6, Sim, e continuou acompanhando a mulher no hospital <input type="radio"/> 99, Não informado
COLETA DE DADOS NO HOSPITAL	
Código do coletador (hospital)	_ _ _ _
Nome do coletador (hospital)	<i>(resposta livre)</i>
Número do prontuário da mulher no hospital	<i>(resposta livre)</i>
XV. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO [NO HOSPITAL]	
137. O início do trabalho de parto foi	<input type="radio"/> 1, Espontâneo <input type="radio"/> 2, Induzido com sucesso <input type="radio"/> 3, Induzido sem sucesso (falha na indução) <input type="radio"/> 4, Não entrou em trabalho de parto
138. Medicamentos/métodos utilizados para indução do parto (ver folha de prescrição) (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Ocitocina <input type="checkbox"/> 2, Misoprostol <input type="checkbox"/> 3, Krause/Foley/Balão <input type="checkbox"/> 4, Dinoprostone <input type="checkbox"/> 5, Acupuntura <input type="checkbox"/> 6, Acupressão <input type="checkbox"/> 7, Rícino <input type="checkbox"/> 8, Chá estimulante <input type="checkbox"/> 9, Massagem estimulante <input type="checkbox"/> 10, Moxa <input type="checkbox"/> 11, Escalda-pés <input type="checkbox"/> 12, Descolamento de membranas <input type="checkbox"/> 13, Óleo de primula <input type="checkbox"/> 14, Outros
138.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
139. Prescrição de dieta no trabalho de parto/indução do trabalho de parto	<input type="radio"/> 1, Geral/Livre <input type="radio"/> 2, Jejum <input type="radio"/> 3, Dieta líquida <input type="radio"/> 4, Outro tipo de dieta <input type="radio"/> 99, Não informado
139.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
140. Uso de hidratação venosa no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
141. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim

142. Administração de antibióticos no trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
143. Profissional que prestou assistência durante o trabalho de parto (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Obstetiz <input type="checkbox"/> 2, Enfermeiro(a) obstétrica <input type="checkbox"/> 3, Médico(a) obstetra <input type="checkbox"/> 4, Enfermeiro(a) (não-obstétrica) <input type="checkbox"/> 5, Médico(a) (não obstetra) <input type="checkbox"/> 6, Estudante
143.1. Enfermeiro(a) (não-obstétrico(a))	<input type="checkbox"/> 1, Residência em Enfermagem Obstétrica <input type="checkbox"/> 2, Residência em Enfermagem Neonatal <input type="checkbox"/> 3, Especialização em Enfermagem Obstétrica <input type="checkbox"/> 4, Pós-graduação em Enfermagem Neonatal <input type="checkbox"/> 5, Graduação em Enfermagem <input type="checkbox"/> 6, Graduação em Obstetrícia <input type="checkbox"/> 7, Graduação em Medicina <input type="checkbox"/> 8, Residência em Obstetrícia para médicos <input type="checkbox"/> 88, Outros <input type="checkbox"/> 99, Não informado
144. Há algum registro no partograma?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 88, Não tem partograma no prontuário
145. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma? (De 0 a 10)	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Sem informação
146. Quantos registros de ausculta fetal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto? (De 0 a 50)	_ _ _
147. Realizada cardiotocografia (CTG) durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
147.1 Resultado da CTG alterado	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
148. Quantos registros de dilatação aferidos pelo toque vaginal foram feitos no prontuário e/ou partograma durante o trabalho de parto? (De 0 a 20)	_ _ _
149. Administração de ocitocina durante o trabalho de parto	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
149.1 Data do início da administração de ocitocina	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de início da administração
149.2 Hora do início da administração de ocitocina	_ _ _ / _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado a hora de início da administração
149.3 Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina	(resposta livre) <input type="radio"/> 99, Não informada a dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina
150. Administração de analgésicos durante o trabalho de parto (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não

	<input type="checkbox"/> 1, Sim, opioides (dolantina, meperidina ou petidina, tramadol) <input type="checkbox"/> 2, Sim, outros (buscopan, dipirona, hioscina, outros)
151. Há registro de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não há registro <input type="checkbox"/> 1, Chuveiro <input type="checkbox"/> 2, Banheira <input type="checkbox"/> 3, Aromaterapia <input type="checkbox"/> 4, Deambulação <input type="checkbox"/> 5, Espaldar <input type="checkbox"/> 6, Dança <input type="checkbox"/> 7, Bola <input type="checkbox"/> 8, Cavalinho <input type="checkbox"/> 9, Corda suspensa <input type="checkbox"/> 10, Banqueta <input type="checkbox"/> 11, Agachamento <input type="checkbox"/> 12, Quatro apoios <input type="checkbox"/> 13, Massagem <input type="checkbox"/> 14, Acupressão <input type="checkbox"/> 15, Música <input type="checkbox"/> 16, Rebozo <input type="checkbox"/> 17, Bolsa de água quente <input type="checkbox"/> 18, Exercícios respiratórios/vocalização <input type="checkbox"/> 88, Outros <input type="checkbox"/> 99, Não informado
151.1. Quanto tempo de imersão (De 00:00 a 23:59)	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o tempo de imersão
151.2. Quais?	<i>(resposta livre)</i>
152. Houve ruptura de membranas durante a internação	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, ruptura espontânea <input type="radio"/> 2, Sim, ruptura artificial <input type="radio"/> 3, Sim, sem informação do tipo de ruptura
152.1 Qual o horário da ruptura? (De 00:00 a 23:59)	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informado o horário da ruptura
152.2 Qual a dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma/prontuário	_ _ _ <input type="radio"/> 88, Toque vaginal não realizado <input type="radio"/> 99, Não informado
152.3 Característica do líquido	<input type="radio"/> 1, Líquido claro <input type="radio"/> 2, Líquido com mecônio <input type="radio"/> 3, Líquido sanguinolento <input type="radio"/> 4, Líquido purulento/fétido <input type="radio"/> 5, Líquido sem especificação
153. Há registro no prontuário de (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Alteração de BCF (taquicardia, desacelerações) <input type="checkbox"/> 2, Bolsa rota prolongada (definida por protocolo institucional) <input type="checkbox"/> 3, Parada de progressão (definida por protocolo institucional) <input type="checkbox"/> 4, Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais) <input type="checkbox"/> 5, Sangramento anteparto <input type="checkbox"/> 6, Prolapso de cordão <input type="checkbox"/> 99, Não há registro de NENHUMA das alternativas

	<input type="radio"/> 88, Outros <input type="radio"/> 99, Não informado
164.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
164.1 Enfermeiro(a) (não-obstétrico(a))	<input type="radio"/> 1, Residência em Enfermagem Obstétrica <input type="radio"/> 2, Residência em Enfermagem Neonatal <input type="radio"/> 3, Especialização em Enfermagem Obstétrica <input type="radio"/> 4, Pós-graduação em Enfermagem Neonatal <input type="radio"/> 5, Graduação em Enfermagem <input type="radio"/> 6, Graduação em Obstetrícia <input type="radio"/> 7, Graduação em Medicina <input type="radio"/> 8, Residência em Obstetrícia para médicos <input type="radio"/> 88, Outros <input type="radio"/> 99, Não informado
165. Realização de episiotomia	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
166. Ocorrência de laceração vaginal/perineal (assinalar maior grau de laceração)	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, 1º grau <input type="radio"/> 2, 2º grau <input type="radio"/> 3, 3º grau <input type="radio"/> 4, 4º grau <input type="radio"/> 5, Sim, sem especificação
167. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
167.1 Recebeu anestesia para fazer a sutura?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
167.2 Qual o fio utilizado?	<input type="radio"/> 1, Catgut simples <input type="radio"/> 2, Vicryl rapid <input type="radio"/> 2, Outros fios <input type="radio"/> 4, Sem fio, outro método utilizado (ex. cola) <input type="radio"/> 99, Outros fios
168. Houve registro de distócia de ombro?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
XVI (C). DADOS DA CESARIANA	
169. Data de indicação da cesariana <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de indicação da cesariana
170. Hora de indicação da cesariana <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de indicação da cesariana
171. Data de realização da cesariana <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de realização da cesariana
172. Hora de realização da cesariana <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de realização da cesariana
173. Indicação da cesariana segundo informações do obstetra (no máximo três diagnósticos)	<input type="checkbox"/> 1, Cesariana a pedido <input type="checkbox"/> 2, Miomectomia / cirurgia uterina prévia <input type="checkbox"/> 3, Laqueadura tubária <input type="checkbox"/> 4, Circular de cordão <input type="checkbox"/> 5, Apresentação pélvica (sentado) <input type="checkbox"/> 6, Apresentação córmica (atravessado)

- 7, Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
- 8, Parada de Progressão / Parada secundária da dilatação / Parada secundária da descida
- 9, Distocia de colo
- 10, Distocia funcional / Distocia (sem especificação)
- 11, Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
- 12, Placenta prévia / Acretismo placentário
- 13, Sofrimento fetal agudo
- 14, Crescimento intrauterino restrito (CIUR)
- 15, Doppler alterado (umbilical alterada, diástole zero, reversa, centralização)
- 16, Amniorrexe prematura
- 17, Hipertensão gestacional/ Pré-eclâmpsia
- 18, Eclâmpsia
- 19, Síndrome HELLP
- 20, Diabetes gestacional/não gestacional
- 21, Oligodramnia
- 22, Polidramnia
- 23, Gemelaridade
- 24, Prematuridade
- 25, > 41 semanas/ Pós-termo /Pós-maturidade/Gravidez prolongada
- 26, Macrossomia/ peso fetal > 4000g
- 27, Falha de indução
- 28, Malformação fetal
- 29, Óbito fetal
- 30, Infecção pelo HIV
- 31, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
- 32, Trombofilias
- 33, Prolapso de cordão
- 34, Rotura uterina
- 35, Iminência de rotura uterina (Bandl-Frommel)
- 36, Cesariana em morte materna iminente ou post mortem
- 37, Herpes ativo / Primo-infecção por herpes no 3º trimestre
- 38, Obstrução do canal de parto por condilomatose
- 39, Intercorrências clínicas
- 88, Outra
- 99, Nenhuma indicação da cesariana descrita no prontuário

173.1 Quais intercorrências clínicas?

173.2 Qual?

174. Tipo de anestesia

- 1, Peridural
- 2, Raqui
- 3, Peri-raqui
- 4, Geral
- 99, Não informada

175. Administração de antibiótico profilático

- 0, Não
- 1, Sim

	<input type="radio"/> 99, Não informado
176. Complicação intraoperatória (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não houve <input type="checkbox"/> 1, Lesão de bexiga <input type="checkbox"/> 2, Lesão de ureter <input type="checkbox"/> 3, Lesão do intestino <input type="checkbox"/> 4, Lesão de grandes vasos <input type="checkbox"/> 5, Prolongamento da incisão uterina <input type="checkbox"/> 6, Extração fetal difícil <input type="checkbox"/> 7, Outras <input type="checkbox"/> 99, Não informado
176.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
177. Há registro de acompanhante na cesariana?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
XVIII. DADOS DA TRANSFERÊNCIA MATERNA PÓS-PARTO	
178. Data da transferência <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de transferência
179. Hora de indicação da transferência <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de indicação da transferência
180. Hora que a transferência foi realizada <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de realização da transferência
181. Hora de chegada no hospital <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de chegada no hospital
182. Motivo da transferência	<input type="radio"/> 1, Hemorragia pós-parto (HPP) <input type="radio"/> 2, Anemia devido a HPP <input type="radio"/> 3, Hematoma perineal <input type="radio"/> 4, Laceração de terceiro ou quarto grau <input type="radio"/> 5, Laceração de colo uterino <input type="radio"/> 6, Pico hipertensivo ou alterações de sinais vitais <input type="radio"/> 7, Retenção placentária <input type="radio"/> 8, Suspeita de infecção (fisometria/febre) <input type="radio"/> 88, Outros <input type="radio"/> 99, Não informado
182.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
183. Transporte utilizado para a transferência	<input type="radio"/> 1, Ambulância <input type="radio"/> 2, Veículo próprio <input type="radio"/> 99, Não informado
184. Houve presença de acompanhante durante a transferência?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
185. O profissional da casa de parto, acompanhou a mulher durante a transferência?	<input type="radio"/> 0, Não, sem motivo declarado <input type="radio"/> 1, Não, por restrição da casa de parto <input type="radio"/> 2, Não, por restrição no transporte <input type="radio"/> 3, Não, por restrição do hospital de referência <input type="radio"/> 4, Sim, apenas durante o transporte <input type="radio"/> 5, Sim, até a admissão no hospital de referência <input type="radio"/> 6, Sim, e continuou acompanhando a mulher no hospital <input type="radio"/> 99, Não informado

XIX. ASSISTÊNCIA MATERNA NO PÓS-PARTO [NO HOSPITAL]

186. No hospital, nas primeiras 2 horas após o parto, foram avaliados (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Pressão arterial <input type="checkbox"/> 2, Sangramento <input type="checkbox"/> 3, Frequência respiratória <input type="checkbox"/> 4, Frequência cardíaca <input type="checkbox"/> 5, Tônus uterino/Globo de segurança de Pinard <input type="checkbox"/> 6, Já avaliada na Casa de Parto <input type="checkbox"/> 99, Nenhuma das alternativas
187. No hospital, houve administração de Imunoglobulina anti-RH para incompatibilidade RH?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
188. No hospital, houve diagnóstico de hemorragia pós-parto (HPP)? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Sim, por falta de tônus <input type="checkbox"/> 2, Sim, por trauma (ex.: lacerações e hematomas) <input type="checkbox"/> 3, Sim, por tecido (ex.: retenção ou acretismo placentário) <input type="checkbox"/> 4, Sim, por trombina (ex.: coagulopatia) <input type="checkbox"/> 5, Sim, HPP sem causa especificada
189. No hospital, houve administração de uterotônicos ou outras medicações (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Ocitocina profilática <input type="checkbox"/> 2, Ocitocina complementar <input type="checkbox"/> 3, Ergotrate / Methergin / Ergometrina <input type="checkbox"/> 4, Misoprostol <input type="checkbox"/> 5, Ácido tranexâmico / Transamin <input type="checkbox"/> 88, Outras <input type="checkbox"/> 99, Não informado
189.1 Quais?	<i>(resposta livre)</i>
190. No hospital, dequitação	<input type="radio"/> 1, até 30 minutos <input type="radio"/> 2, mais de 30 minutos <input type="radio"/> 3, Retenção <input type="radio"/> 99, Não informado
191. No hospital, houve complicações do períneo (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Dor <input type="checkbox"/> 2, Edema <input type="checkbox"/> 3, Equimose <input type="checkbox"/> 4, Hematoma <input type="checkbox"/> 5, Deiscência
192. No hospital, houve presença de acompanhante no pós-parto?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, no pós-parto imediato <input type="radio"/> 2, Sim, durante todo o pós-parto <input type="radio"/> 99, Não informado
193. No hospital, tipo de saída da mulher	<input type="radio"/> 1, Alta <input type="radio"/> 2, Saída à revelia <input type="radio"/> 3, Óbito <input type="radio"/> 4, Permanece internada após 42 dias da data do parto/perda fetal <input type="radio"/> 5, Encaminhada <input type="radio"/> 6, Transferida
193.1 Transcrever as causas de óbito materno registrados no prontuário	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas de óbito materno registradas no prontuário
193.2 Transcrever todas as causas listadas na declaração de óbito	<i>(resposta livre)</i>

	○ 99, Não informadas as causas listadas na declaração de óbito
193.3 Solicitada necropsia?	○ 0, Não ○ 1, Sim
193.3.1 Laudo de necropsia da mulher disponível? (prontuário /COMITÊ)	○ 0, Não ○ 1, Sim
193.3.1.1 Copiar diagnóstico final/ conclusão do laudo da mãe	(resposta livre)
193.4 Data da saída da mulher do hospital <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ ○ 99, Não informada a data de saída da mulher do hospital
193.4 Hora de indicação da transferência <i>Horas e minutos. Ex.: 14:30</i>	_ _ / _ _ ○ 99, Não informada a hora da saída da mulher do hospital

XX. MORBIDADE MATERNA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

194. Houve diagnóstico de alguma das seguintes morbidades (permite mais de uma alternativa)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Hipertensão grave/pré-eclâmpsia grave (PAS>160 mmHg ou PAD>110 mmHg) <input type="checkbox"/> 2, Eclampsia <input type="checkbox"/> 3, Síndrome HELLP <input type="checkbox"/> 4, Hemorragia grave <input type="checkbox"/> 5, Endometrite pós-parto <input type="checkbox"/> 6, Sepses ou infecção sistêmica grave <input type="checkbox"/> 7, Acretismo placentário <input type="checkbox"/> 8, Rotura uterina <input type="checkbox"/> 9, Edema pulmonar <input type="checkbox"/> 10, Convulsões <input type="checkbox"/> 11, Crise tireotóxica <input type="checkbox"/> 12, Choque <input type="checkbox"/> 13, Insuficiência respiratória aguda <input type="checkbox"/> 14, Acidose <input type="checkbox"/> 15, Cardiopatia <input type="checkbox"/> 16, AVC <input type="checkbox"/> 17, Distúrbios de coagulação <input type="checkbox"/> 18, Tromboembolismo <input type="checkbox"/> 19, Cetoacidose diabética? <input type="checkbox"/> 20, Icterícia / disfunção hepática <input type="checkbox"/> 21, Meningite <input type="checkbox"/> 22, Insuficiência renal aguda <input type="checkbox"/> 88, Outra
194.1 Momento do diagnóstico de morbidade:	○ 1, Antes do parto ○ 2, Depois do parto ○ 99, Não informado
194.2 Qual?	(resposta livre)
195. Qual a unidade de internação?	○ 1, Centro obstétrico (CO) ○ 2, Alojamento conjunto ○ 3, Unidade de tratamento intensivo ○ 99, Não informado
196. Necessitou transfusão de hemocomponentes? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Concentrado de hemácias <input type="checkbox"/> 2, Plaquetas

	<input type="checkbox"/> 3, Plasma <input type="checkbox"/> 88, Outro
196.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
197. Necessitou intervenção cirúrgica? (permite mais de uma alternativa)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Curetagem <input type="checkbox"/> 2, Embolização de artéria uterina <input type="checkbox"/> 3, Balão de tamponamento uterino <input type="checkbox"/> 4, Laparotomia <input type="checkbox"/> 5, B-lynch <input type="checkbox"/> 6, Histerectomia <input type="checkbox"/> 88, Outra
197.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
198. Tempo total de internação Numeral. Em dias. Ex.: 15	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o tempo total de internação
XXI. NEAR MISS MATERNO	
200. Momento do diagnóstico de near miss	<input type="radio"/> 1, Antes do parto <input type="radio"/> 2, Após o parto <input type="radio"/> 99, Não informado
201. Quais os distúrbios identificados? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Cianose <input type="checkbox"/> 2, Respiração agônica (gasping) <input type="checkbox"/> 3, Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm <input type="checkbox"/> 4, Choque não responsivo à reposição volêmica <input type="checkbox"/> 5, Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos <input type="checkbox"/> 6, Distúrbio de coagulação <input type="checkbox"/> 7, Convulsões reentrantes/paralisia total <input type="checkbox"/> 8, AVC <input type="checkbox"/> 9, Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos <input type="checkbox"/> 10, Perda de consciência <input type="checkbox"/> 11, Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina) <input type="checkbox"/> 12, Transfusão > 5 unidades de hemoderivados <input type="checkbox"/> 13, Diálise por insuficiência renal aguda <input type="checkbox"/> 14, Intubação e ventilação mecânica <input type="checkbox"/> 15, Ressuscitação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 88, Nenhum dos acima <input type="checkbox"/> 99, Não informado
202. Descrição do caso (incluir informações detalhadas se necessário)	<i>(resposta livre)</i>
XXII. DADOS DA TRANSFERÊNCIA RN	
203. Data da transferência Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de transferência
204. Hora de indicação da transferência Horas e minutos. Ex.: 14:30	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de indicação da transferência
205. Hora que a transferência foi realizada Horas e minutos. Ex.: 14:30	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de realização da transferência
206. Hora de chegada no hospital Horas e minutos. Ex.: 14:30	_ _ / _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a hora de chegada no hospital
207. Transporte utilizado para a transferência	<input type="radio"/> 1, Ambulância

	<input type="radio"/> 2, Veículo próprio <input type="radio"/> 99, Não informado
208. Motivo da transferência	<input type="radio"/> 1, Apneia <input type="radio"/> 2, Arritmia cardíaca <input type="radio"/> 3, Ausência miccional (tempo estipulado de acordo com protocolo institucional) <input type="radio"/> 4, Convulsão <input type="radio"/> 5, Desconforto respiratório <input type="radio"/> 6, Febre <input type="radio"/> 7, Hipotermia <input type="radio"/> 8, Hipoglicemia <input type="radio"/> 9, Icterícia precoce <input type="radio"/> 10, Suspeita de infecção <input type="radio"/> 11, Suspeita de alterações congênicas <input type="radio"/> 88, Outros <input type="radio"/> 99, Não informado
208.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
209. O RN foi internado no hospital	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
209.1 Motivo da internação	<input type="radio"/> 1, Prematuridade <input type="radio"/> 2, Distúrbios respiratórios <input type="radio"/> 3, Anoxia/ Asfixia <input type="radio"/> 4, Suspeita de infecção <input type="radio"/> 5, Anomalia congênita <input type="radio"/> 6, Hipoglicemia <input type="radio"/> 7, Hiperbilirrubinemia/ Icterícia <input type="radio"/> 88, Outros <input type="radio"/> 99, Não informado
209.1.1 Qual?	<i>(resposta livre)</i>
210. Houve indicação de internação em UTI neonatal?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
211. Transcreva os motivos da indicação de internação em UTI neonatal constantes do prontuário?	<i>(resposta livre)</i>
XXIII. DADOS DO RECÉM-NASCIDO [NO HOSPITAL]	
211. Condição de nascimento	<input type="radio"/> 0, Vivo <input type="radio"/> 1, Natimorto, não macerado <input type="radio"/> 3, Natimorto, macerado
212. Número do prontuário do recém-nascido	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado
213. Número da Declaração de Nascido Vivo	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado
214. Sexo	<input type="radio"/> 1, Masculino <input type="radio"/> 2, Feminino <input type="radio"/> 88, Indefinido <input type="radio"/> 99, Não informado
215. Peso ao nascer <i>Em gramas. Ex.: 3250</i>	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o peso ao nascer

216. Comprimento <i>Em centímetros. Ex.: 50</i>	<i>(reposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o comprimento ao nascer
217. Perímetro cefálico ao nascer	<i>(reposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o perímetro cefálico ao nascer
218. Idade gestacional por Capurro ou New Ballard <i>(De 18 a 44)</i>	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não Informado
219. Idade gestacional sem referência ao método	_ _ _ <input type="radio"/> 99, Não Informado
220. Índice de Apgar no 1º minuto <i>(De 0 a 10)</i>	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não Informado
221. Índice de Apgar no 5º minuto <i>(De 0 a 10)</i>	_ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não Informado
222. Clampeamento do cordão	<input type="radio"/> 1, Imediato/ precoce (antes de 1 minuto) <input type="radio"/> 2, Tardio/ oportuno (depois de 1 minuto) <input type="radio"/> 88, Indefinido
223. Contato pele a pele imediato após o nascimento	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
224. Necessitou de manobras de reanimação neonatal? (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Aspiração de VAS <input type="checkbox"/> 2, O2 inalatório <input type="checkbox"/> 3, CPAP na sala de parto <input type="checkbox"/> 4, Ventilação com pressão positiva com ambu + máscara <input type="checkbox"/> 5, Intubação orotraqueal <input type="checkbox"/> 6, Massagem cardíaca <input type="checkbox"/> 7, Cateterismo umbilical <input type="checkbox"/> 8, Expansão volêmica (soro fisiológico pela veia umbilical) <input type="checkbox"/> 9, Drogas (adrenalina)
225. Necessitou de outras intervenções?	<input type="checkbox"/> 0, Não <input type="checkbox"/> 1, Fototerapia <input type="checkbox"/> 2, Aspiração gástrica <input type="checkbox"/> 3, Hood ou circulante (O2) <input type="checkbox"/> 4, Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> 5, Uso de surfactante <input type="checkbox"/> 6, Uso de corticóide <input type="checkbox"/> 7, Uso de anticonvulsivante (fenobarbital, hidantal, difenil-hidantoína, mizadolam, keppra, outros) <input type="checkbox"/> 8, Uso de drogas vasoativas (adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, etc) <input type="checkbox"/> 9, Uso de antibiótico <input type="checkbox"/> 99, Não informado
225.1. Se uso de antibiótico, quanto tempo de tratamento em dias?	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não Informado o tempo de tratamento
225.2 Hemocultura	<input type="radio"/> 0, Não realizada <input type="radio"/> 1, Resultado negativo <input type="radio"/> 2, Resultado positivo

	<input type="radio"/> 99, Resultado não informado
225.2.1 Se positiva, qual o agente?	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não Informado o agente
225.3 Houve indicação de internação em UTI neonatal?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
225.4 Transcreva os motivos da indicação de internação em UTI neonatal constantes do prontuário?	<i>(resposta livre)</i>
226. Aleitamento na primeira hora de vida	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim <input type="radio"/> 99, Não informado
227. Alimentação durante a internação (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 0, Leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> 1, Leite materno + Fórmula <input type="checkbox"/> 2, Fórmula <input type="checkbox"/> 3, Água <input type="checkbox"/> 4, Soro glicosado/glicose <input type="checkbox"/> 5, Leite humano ordenhado <input type="checkbox"/> 88, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="checkbox"/> 99, Não informado
228. Assistência ao RN. Há registro de (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Aspiração gástrica <input type="checkbox"/> 2, Vitamina K (Kanakion) <input type="checkbox"/> 3, Credé (colírio de nitrato de prata) prata ou povidona a 2,5% ou eritromicina <input type="checkbox"/> 4, Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> 5, Vacina BCG <input type="checkbox"/> 6, Incubadora ou berço aquecido <input type="checkbox"/> 7, Teste da Orelhinha (emissão otoacústica/BERA) <input type="checkbox"/> 8, Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) <input type="checkbox"/> 9, Teste do Olhinho (reflexo vermelho) <input type="checkbox"/> 10, Teste da linguinha <input type="checkbox"/> 11, Teste do pezinho <input type="checkbox"/> 88, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="checkbox"/> 99, Não informado
229. Tipo sanguíneo do RN	<input type="radio"/> 1, A <input type="radio"/> 2, B <input type="radio"/> 3, O <input type="radio"/> 4, AB <input type="radio"/> 99, Não informado
230. Fator RH do RN	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo <input type="radio"/> 99, Não informado
231. Coombs direto (RN)	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo <input type="radio"/> 99, Não informado
232. Apresentou malformação congênita?	<input type="radio"/> 1, Negativo <input type="radio"/> 2, Positivo

233. O RN apresentou algum dos diagnósticos a seguir (permite mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1, Taquipneia transitória <input type="checkbox"/> 2, Hipotermia <input type="checkbox"/> 3, Hipertermia <input type="checkbox"/> 4, Hipoglicemia <input type="checkbox"/> 5, Broncoaspiração <input type="checkbox"/> 99, Não há registro de NENHUMA das alternativas
234. O RN foi exposto ao coronavírus (SARS-COV-2) durante a gestação?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim, provável infecção materna <input type="radio"/> 2, Sim, infecção materna confirmada
234.1 Foi feito exame para diagnóstico de infecção pelo SARS-COV-2 no recém-nascido?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
234.1.1 Descrever resultado e data da coleta de cada material analisado	<i>(resposta livre)</i> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Data e resultados não informados
235. Alguma lesão corpórea devido ao parto?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Cefalo-hematoma <input type="radio"/> 2, Fratura de clavícula <input type="radio"/> 3, Outras
235.1. Quais?	<i>(resposta livre)</i>
236. Alimentação na data da saída	<input type="radio"/> 1, Leite materno exclusivo <input type="radio"/> 2, Leite materno + Fórmula <input type="radio"/> 3, Fórmula <input type="radio"/> 4, Não se aplica (transferência neonatal) <input type="radio"/> 99, Não informado
237. Tipo de saída do hospital (recém-nascido)	<input type="radio"/> 1, Alta <input type="radio"/> 2, Transferência para outro hospital <input type="radio"/> 3, Continua internado após 28 dias <input type="radio"/> 4, Óbito <input type="radio"/> 5, Retornou para a casa de parto antes da alta
237.1 Causas de óbito registradas no prontuário (transcrever todas as causas de óbito registradas no prontuário)	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas de óbito registradas no prontuário
237.2 Número da Declaração de óbito	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o número da Declaração de Óbito
237.3 Transcrever todas as causas listadas na Declaração de Óbito	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informadas as causas listadas na Declaração de Óbito
237.4 Solicitada necrópsia do feto/ RN?	<input type="radio"/> 0, Não <input type="radio"/> 1, Sim
237.4.1 Laudo de necrópsia no prontuário	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o conteúdo do laudo de necrópsia
238. Peso do bebê na alta da casa de parto/ óbito <i>Em gramas. Ex.: 3250</i>	<i>(resposta livre)</i> <input type="radio"/> 99, Não informado o peso do bebê na alta/óbito
239. Data da saída do hospital/óbito <i>Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022</i>	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="radio"/> 99, Não informada a data de saída/óbito

240. Outras informações importantes como:
avaliação de especialistas - neuro/cardio, entre
outros - necessidade de exames complementares,
intervenção cirúrgica etc. *(resposta livre)*

241. Observações finais do coletador *(resposta livre)*

XIV. FINALIZAÇÃO DA COLETA

242.1 Prontuário da casa de parto finalizado?
(sem questões em branco, inconsistências ou
pendências) 0, Não
 1, Sim
 99, Pendências verificadas pelo supervisor

242.2 Prontuário hospitalar finalizado?
casa de parto ou casa de parto + hospital (para as
transferências) 0, Não
 1, Sim
 99, Pendências verificadas pelo supervisor

243. Pendências apontadas pelo supervisor
Esse campo é de uso exclusivo do supervisor quando
encontrar inconsistências. Quando as encontrar ele
mudará a resposta da questão 242 para "pendências
encontradas" e as indicará no presente campo. Após *(resposta livre)*
a correção pelo coletador, este deve voltar a
questão 242 para o "sim", indicando que está
finalizado, apagar as pendências apontadas neste
campo e salvar o formulário.

244.1 Data de finalização da coleta do prontuário da
casa de parto |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022

245.1 Horário da finalização da coleta do prontuário
da casa de parto |_|_|/|_|_|
Horas e minutos. Ex.: 14:30

244.2 Data de finalização da coleta do prontuário
hospitalar |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
Dia, mês e ano. Ex.: 01-01-2022

245.5 Horário da finalização da coleta do prontuário
hospitalar |_|_|/|_|_|
Horas e minutos. Ex.: 14:30

246. Tempo de digitação do prontuário CPN
Apenas para os casos sem transferências *(campo calculado automaticamente)*