

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados __ __ / __ __ / __ __	2. Horário de início da coleta de dados __ __: __ __
3. Nome da mãe: _____	
4. Nº do prontuário da mãe: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	__
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
7. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
8. 3º. Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
9. 4º. Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
2. Dados da Internação	
10. Data da internação:	__ __ / __ __ / __ __
11. Hora da internação:	__ __ h __ __ min
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação: 1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação	__
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 15) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)	__
14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 17 e se óbito, vá para a 16)	__ __ / __ __ / __ __

15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado)		
15.1 Motivo da transferência: _____		
15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Saída à revelia 3. Óbito (vá para questão 16) 4. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)		_
15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida	_ _ _ / _ _ _ / _ _	
16. Número da Declaração de Óbito: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
3. Antecedentes clínico-obstétricos		
17. Número de gestações anteriores: (se primeira gestação, preencha com 00 e vá para questão 21)	_ _	
18. Número de abortos anteriores:	_ _	
19. Número total de partos anteriores (se 00, vá para questão 21)	_ _	
20. Destes quantos foram cesáreas:	_ _	
21. Antecedentes pessoais de risco:		
22. Doença cardíaca	0. Não 1. Sim	_
23. Hipertensão arterial com tratamento continuado	0. Não 1. Sim	_
24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia	0. Não 1. Sim	_
25. Asma	0. Não 1. Sim	_
26. Lupus ou esclerodermia	0. Não 1. Sim	_
27. Hipertireodismo	0. Não 1. Sim	_
28. Diabetes não gestacional	0. Não 1. Sim	_
29. Doença renal crônica	0. Não 1. Sim	_
30. Convulsões/epilepsia	0. Não 1. Sim	_
31. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	0. Não 1. Sim	_

32. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Doença psiquiátrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Outros	0. Não (vá para 36) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Quais? _____		
36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):		
37. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
39. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
40. Polidramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
41. Isoimunização RH	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Placenta prévia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
44. Amniorexe prematura	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
45. Diabetes gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Eclâmpsia/Convulsões	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
48. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
49. Sofrimento fetal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
50. Sífilis	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
51. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

52. Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
53. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
55. Malformação congênita	0. Não (vá para 57) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
56. Qual? _____		
57. Outros problemas	0. Não (vá para 59) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
58. Qual? _____		
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
4. Dados da Internação		
60. Data da última menstruação (DUM):		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
64. Apresentação do bebê:		
65. Primeiro bebê	1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
66. Segundo bebê	1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
67. Terceiro bebê	1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
68. Quarto bebê	1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
69. Nível de consciência da mulher na admissão:	1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
70. Ocorrência de convulsões antes da internação:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

71. Há registro de pressão arterial na admissão	0. Não (vá para 74) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
72. Primeira verificação: sist (em mmhg)		sist <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmhg
73. Primeira verificação: diast (em mmhg)		diast <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmhg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão:	0. Não (vá para 76) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
75. Valor em °C		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro sem grumos 3. Sim, líquido claro com grumos 4. Sim, líquido com mecônio 5. Sim, líquido sanguinolento 6. Sim, líquido purulento/ fétido 7. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 82) 1. Presente		<input type="checkbox"/>
81. Qual a frequência?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bpm
82. Realizada cardiocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 84) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 3. Sim, no trabalho de parto		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83. Algum resultado da CTG alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

85. Algum Doppler alterado:	0. Não 1.Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
86. Prescrição de corticóide antes do parto: 0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação		<input type="checkbox"/>
87. Motivo da internação: 1. Internação por trabalho de parto 2. Internação para indução do trabalho de parto 3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130) 4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica 5. Outro motivo		<input type="checkbox"/>
88. Diagnóstico na internação: Permite mais de 1 opção 1. Trabalho de parto 2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto 3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota) 4. Gestação múltipla (2 ou + fetos) 5. Gestação prolongada/pós-maturidade 6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR) 7. Polidramnia / Oligodramnia 8. Descolamento prematuro da placenta / DPP 9. Hemorragia vaginal 10. Eclâmpsia /convulsão 11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo) 12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córnica/transversa) 13. Iteratividade (cesáreas anteriores) 14. Diabetes gestacional 15. Infecção pelo HIV 16. Óbito fetal 17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado 18. Outro diagnóstico (responda a 89) 19. Intercorrência clinica (vá para 90)		<input type="checkbox"/>
89. Outro diagnóstico. Qual? _____		
90. Intercorrência clinica. Qual? _____		
91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:	0. Não 1. Sim (vá para 130)	<input type="checkbox"/>
5. Assistência ao trabalho de parto		

92. Data da admissão/internação no pré-parto:	____/____/____
93. Hora da admissão/internação no pré-parto:	____ h ____ min
94. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	____
95. Medicções/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	____ ____
96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	____
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	____
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	____
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vá para 101)	____
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	____
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	____
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	____
103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	____
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	____ ____ ____ ____ ____ ____
105. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	____
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim	____
107. Quantos? (centímetros)	____ ____ cm
108. Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	____
109. Quantos?	____ ____

110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):	
112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113. Nº de gotas/mim	<input type="text"/> <input type="text"/>
114. Velocidade de infusão ml/hora	<input type="text"/> <input type="text"/>
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina) 3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:	
118. Banho de chuveiro	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
119. Banho de banheira	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
120. Massagem	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
121. Bola	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
121.1. Banquinho	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
122. Cavalinho	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
123. Outros	0. Não (vá para 125) 1. Sim <input type="checkbox"/>
124. Qual: _____	
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4. Geral	<input type="checkbox"/>
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: 0. Não, ruptura antes da internação (vá para 129) 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	<input type="checkbox"/>

127. Característica do líquido: 1. Líquido claro sem grumos 2. Líquido claro com grumos 3. Líquido com mecônio 4. Líquido sanguinolento 5. Líquido purulento/ fétido 6. Líquido sem especificação	<input type="checkbox"/>
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:	_ _ _ _ , _ _ cm
129. Há registro no prontuário de: 1. Sofrimento fetal durante o TP 2. Eliminação de mecônio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia) 6. Sem registro de alguma das alterações acima	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Dados da Assistência ao Parto	
130. Dia do parto:	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
131. Hora do parto:	_ _ _ horas _ _ _ min
132. O acompanhante estava presente no parto:	0. Não 1. Sim 9.Sem informação <input type="checkbox"/>
133. Tipo de parto (Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (vá para 146) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
134. Uso de fórceps/vácuo extrator:	0. Não 1. Fórceps 2.Vácuo-extrator <input type="checkbox"/>
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7.outro 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
136. Posição da mulher no parto: 1. Litotomia (deitada de costas) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>

137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	<input type="text"/>
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
142. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: 0. Não 1. Distócia de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina 4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida 7. Outros (responda a 144)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
144. Qual? _____	
145. Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Locorregional/nervo pudendo 9. Sem informação (Vá para o bloco “Dados sobre Near Miss Materno”, questão 156)	<input type="text"/>
7. Indicação da cesariana	
146. Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	

<p>147. 1ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córmica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclâmpsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 148) 	<input type="checkbox"/>
<p>148. Outra. Qual? _____</p>	
<p>149. 2ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 	<input type="checkbox"/>

<p>09. Apresentação córmica (atravessado)</p> <p>10. Laqueadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</p> <p>12. Eclampsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelaridade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Macrossomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Mal formação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Amniorrexe prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Sem informação no prontuário</p> <p>26. Outra (responda a 150)</p>	
<p>150. Outra. Qual? _____</p>	
<p>151. 3ª Informação do obstetra:</p> <p>01. Cesariana anterior/Iteratividade</p> <p>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progressão</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta prévia</p> <p>06. Sofrimento fetal/CIUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica (sentado)</p> <p>09. Apresentação córmica (atravessado)</p> <p>10. Laqueadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</p> <p>12. Eclampsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelaridade</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>

<ul style="list-style-type: none"> 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 152) 	
---	--

152. Outra. Qual? _____

<p>153. 4ª Informação do obstetra:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação córmica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
--	--

25. Sem informação no prontuário	
26. Outra (responda a 154)	
154. Outra. Qual? _____	
155. Tipo de anestesia:	<input type="checkbox"/>
1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	
8. Dados sobre Near Miss Materno	
156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:	
157. Cianose aguda	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
158. Respiração agônica (gasping)	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
160. Choque	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
162. Distúrbio de coagulação	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
164. Convulsões reentrantes/paralisia total	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
165. AVC	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
166. Perda da consciência maior que 12 horas	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:	
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
172. Bilirrubina > 6 mg/dl	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
173. pH < 7,1	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
174. Lactato/ Ácido láctico > 5	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:	
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
181. Diálise por insuficiência renal aguda	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
183. Ressuscitação cardiopulmonar	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.

No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.

9. Dados do recém-nato – 1ª parte	
184. N° do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado) _____	
185. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário) _____	
186. Sexo:	1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido <div style="text-align: right;"> __ </div>
187. Peso ao nascer (em gramas):	_____g
188. Idade gestacional pela DUM:	189. __ __ semanas 190. __ dias
191. Idade gestacional pela USG:	192. __ __ semanas 193. __ dias
194. Idade gestacional pelo Capurro:	195. __ __ semanas 196. __ dias
197. Idade gestacional pelo New Ballard:	198. __ __ semanas 199. __ dias
200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:	
201. 1ª informação: <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia 	<div style="text-align: right;"> __ </div>

<ul style="list-style-type: none"> 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrência clínicas 25. Outra (responda a 202) 	
202. Qual? _____	
203. 2ª informação: <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Malformação 22. Óbito fetal 	<input type="checkbox"/>

<p>23. Amniorrexe prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Outra (responda a 204)</p>	
<p>204. Qual? _____</p>	
<p>205. 3ª informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrossomia 20. Falha de indução 21. Malformação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Outra (responda a 206) 	<p> _ </p>
<p>206. Qual? _____</p>	
<p>207. 4ª informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 	

<p>06. Sofrimento fetal / CIUR</p> <p>07. Infecção pelo HIV</p> <p>08. Apresentação pélvica</p> <p>09. Apresentação córmica</p> <p>10. Laqueadura tubária</p> <p>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</p> <p>12. Eclampsia</p> <p>13. Síndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelaridade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Macrossomia</p> <p>20. Falha de indução</p> <p>21. Malformação</p> <p>22. Óbito fetal</p> <p>23. Aminiorrexe prematura</p> <p>24. Intercorrências clínicas</p> <p>25. Outra (responda a 208)</p>	<input type="checkbox"/>
208. Qual? _____	
209. Apgar no 1°. Minuto	<input type="checkbox"/>
210. Apgar no 5°. Minuto	<input type="checkbox"/>
10. Dados do recém-nato – 2ª parte	
211. Manobras de reanimação na sala de parto	
212. O ₂ inalatório	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
213. Ventilação com ambú + máscara	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
214. Entubação oro-traqueal	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
215. Massagem cardíaca	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
216. Drogas	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
217. Outros	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
218. Qual? _____	

219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:		
220. Aspiração de vias aéreas superiores	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
221. Aspiração gástrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
222. Vitamina K (Kanakion)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
223. Credé (colírio de nitrato de prata)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
224. Vacina contra hepatite B	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
225. Foi para incubadora	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
226. O bebê foi internado?	0. Não (vá para 256) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
227. Utilização de oxigênio após o nascimento:		
228. Hood ou circulante	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
229. CPAP	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
230. Ventilação mecânica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):	0. Não 1. Sim 8. Não estava mais internado	<input type="checkbox"/>
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo). 1. RN nasceu a termo 2. Não 3. Ainda não atingiu 36 semanas 4. Sim 5. Não estava mais internado		<input type="checkbox"/>
233. Indicação de internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
234. Internação em UTI neonatal:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
235. Utilização de surfactante:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
237. Uso de antibiótico 1. Não usou		<input type="checkbox"/>

2. Início até 48h de vida (Sepse precoce)		
3. Início após 48h de vida (Sepse tardia)		
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
241. Outros diagnósticos durante a internação:		
242. Taquipnéia transitória	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
243. Doença da membrana hialina	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
244. Síndrome de aspiração meconial	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
245. Hipertensão pulmonar	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
246. Convulsão	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
247. Enterocolite necrotizante	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
248. Toxoplasmose	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
249. Rubéola congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
250. Herpes	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
251. Citomegalovírus	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
252. Sífilis congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
253. Criança exposta ao HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
254. Outros	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
255. Qual ? _____		
256. Uso de aleitamento materno exclusivo:	0. Não 1. Sim (vá para 258)	<input type="checkbox"/>
257. Outros alimentos que recebeu durante a internação:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Água		
2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)		
3. Leite humano ordenhado		
4. Leite artificial		
5. Nutrição Parenteral (NPT)		
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:		<input type="checkbox"/>
0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264)		
1. Alta 2. Óbito 3. Transferência para outro hospital (vá para questão 260)		
259. Data da saída:	(Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): _____	
260.1 Motivo da transferência: _____	
260.2 Data da transferência:	____/____/____
260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido: 0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 262) 1. Alta 2. Óbito	
260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (se alta vá para a questão 264)	____/____/____
261. Causas de óbito registradas no prontuário: 1. Prematuridade extrema (< 1000g) 2. Infecção 3. Sífilis congênita 4. Malformação congênita 5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar) 6. Outros (responda a 262)	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
262. Qual _____	
263. Número da declaração de óbito	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas)	____ ____ ____ ____ g
265. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	