

REVISÃO DE ÓBITO JUSTIFICADO

Código:

Revisão: 000

SETOR: QUALIDADE

Data de elaboração:
24/09/2024

Data de revisão:
24/09/2025

Página: 1/2

Nome: _____ Data de Nasc: ___/___/___

Nome da Mãe: _____

Sexo: F M Data do óbito: ___/___/___ Idade: _____ Data Admissão: ___/___/___

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA			
		SIM	IR PARA	NÃO	IR PARA
01	Trata-se de internação para conforto em caso terminal, irreversível?		"j"		2
02	A morte foi devida a causa ou complicação esperada?		3		7
03	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar a causa?		4		7
04	As medidas para evitar a causa foram tomadas?		5		6
05	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?		7		"?"
06	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)		"?"		7
07	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?		8		11
08	Há registro no prontuário de manifestações da causa?		9		11
09	As manifestações da causa foram reconhecidas/comunicadas como evidência do desencadeamento da morte?		10		11
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou o problema identificado estavam de acordo com os achados?		12		"?"
11	Foi reconhecida a presença da causa?		12		"?"
12	O diagnóstico era tratável?		13		"j"
13	O tratamento foi efetuado de forma e no tempo correto?		"j"		"?"
"j"	Óbito Justificado.				
"?"	Óbito a Esclarecer.				

CONCLUSÕES CLÍNICAS

ATESTADO DE ÓBITO

Diagnóstico inicial:	Causa básica:
Diagnóstico definitivo:	Causa consequencial:
Diagnósticos secundários:	Causa terminal:

Conclusão: _____

EQUIPE AVALIADORA:

CARIMBRO/ASSINATURA