

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