

Sr(a). Médico(a): as informações prestadas por V.Sa. serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica. Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões, deixar uma noção clara de dimensão, localização, etc. Em caso de falta de espaço, pedimos a gentileza de complementar as informações no verso da folha.

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome:

Idade:

INFORMAÇÃO SOBRE A MORTE

Data do falecimento

Causa da morte

Local onde foi constatado o óbito:

Desde quando acompanha o(a) paciente: / /

Informar a doença de base que provocou a morte:

Você acompanhou o tratamento do(a) paciente durante a doença que provocou o óbito? () Sim () Não

Se sim, desde quando? / /

Informar o tempo de evolução da(s) doença(s) desde o 1º (primeiro) diagnóstico até o óbito.

Foi submetido a alguma cirurgia? () Sim () Não Se Sim, qual?

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:

Hospital:

Período:

Diagnóstico:

Informar os exames realizados (iniciais e complementares), para a confirmação do diagnóstico (Biópsia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, etc.), assim como as datas e os resultados do primeiro exame e demais subsequentes (enviar cópia dos resultados dos exames desde o diagnóstico).

Houve alguma outra causa que pode ter contribuído direta ou indiretamente para o evento? (hábitos, ocupação, comorbidades)? Especifique:

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico(a):

CPF:

CRM:

Endereço Comercial (rua, nº, complemento):

Cidade/Estado:

Telefone (com DDD e ramal):

E-mail: