



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

QUESTIONÁRIO DE AUTÓPSIA VERBAL

Data do Óbito  /  /  Nº da Declaração de Óbito  /

Nome do Entrevistado:

Teléfonos:  
com DDD.

A Data de início da entrevista  Hora de início da entrevista

B Relação do respondente com o falecido  País  Filho(a)  Irmão(ã)  Esposo(a)  Outro: Especifique: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

C Qual o nome completo do falecido? \_\_\_\_\_

D Qual o sexo do falecido?  Masculino  Feminino

E Data de nascimento  Qual era idade do (nome\_falecido)?  anos  recusou-se a dizer  não sabe

G Hora do óbito   recusou-se a dizer  não sabe  H Intervalo post-mortem (IPM)

DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES

1.1 Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo?  
Para cada opção marque: 1 - SIM; 0-NÃO; 98- RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE

<input type="checkbox"/> 1.1a-Asma	<input type="checkbox"/> 1.1c-Câncer, qual _____	<input type="checkbox"/> 1.1d-Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1.1g-Diabetes
<input type="checkbox"/> 1.1h-Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1.1i-Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> 1.1l-Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> 1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual _____
<input type="checkbox"/> 1.1n-HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1.1o-Demência	<input type="checkbox"/> 1.1p-Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> 1.1q-Doença de Chagas
			<input type="checkbox"/> 1.1u-Problema por bebida

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

2.1 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?  horas  dias  meses  anos  recusou-se a dizer  não sabe

2.2 O falecido teve febre?  sim, por quanto tempo?  dias ou  meses  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.93 O falecido teve febre alta nos últimos 3 dias?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.7 O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?  sim, por quantos dias?  dias  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.9 Qual a localização das lesões de pele?  Todo o corpo  Extremidades  Rosto  Peito / Abdômem  Outra localização, especifique \_\_\_\_\_  recusou-se a dizer  não sabe

2.10 O falecido teve feridas?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.11 As feridas tinham líquido claro ou pus?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.13 O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.14 O pus escorria da úlcera?  sim, por quantos dias?  dias  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.21 Os olhos do falecido ficaram amarelados?  sim, por quanto tempo?  dias ou  meses  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.25 O falecido teve o rosto inchado?  sim, por quanto tempo?  dias ou  meses  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.26a O falecido teve as pernas inchadas?  sim, por quanto tempo?  dias ou  meses  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.27 O falecido teve o corpo todo inchado?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.29 O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.30 O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.31 O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?  sim  não  recusou-se a dizer  não sabe

2.32	Teve tosse?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.34	A tosse tinha catarro?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.35	A tosse tinha sangue?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.36	O falecido teve dificuldade para respirar, falta de ar?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.38	A dificuldade para respirar era contínua ou ia e vinha?	<input type="checkbox"/>	Contínua	<input type="checkbox"/>	ia e vinha	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.43	O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="checkbox"/>	Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	De 30 minutos a 24 horas	<input type="checkbox"/>	Mais de 24 horas	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe										
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.50	Tinha sangue nas fezes?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.51	Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.52	O falecido parou de urinar?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.53	O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.55	Havia sangue no vômito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.56	O vômito era cor de café?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.57	O falecido teve dificuldade ao engolir?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.58	Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input type="checkbox"/>	líquidos	<input type="checkbox"/>	sólidos	<input type="checkbox"/>	ambos	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe										
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
260a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anos	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe
2.61	O falecido teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input type="checkbox"/>	Embaixo na barriga	<input type="checkbox"/>	Em cima na barriga	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.64	O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.66	Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?	<input type="checkbox"/>	rapidamente	<input type="checkbox"/>	lentamente	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.67	O falecido teve uma massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
268a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/>	sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe				
2.71a	O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.71b	O falecido teve fortes dores musculares ou nas articulações na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.94	O falecido teve extrema fadiga?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dias ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe								
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/>	não sabe												

2.75	A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?	<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.82	O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.83	Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.84	O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.85	O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.87	Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada?(Leia a lista em sequencia e MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Um braço apenas	<input type="checkbox"/> Parte de cima do corpo	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	
		<input type="checkbox"/> Lado direito (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Uma perna apenas	<input type="checkbox"/> Parte de baixo do corpo	<input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.88a	O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
2.88b	O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.89	O falecido apresentou diminuição ou perda do olfato?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.90	O falecido apresentou diminuição ou perda do paladar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.91	O falecido teve contato com casos suspeitos de COVID-19 nos últimos 14 dias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.95	O falecido recentemente testou positivo para COVID-19, em teste aplicado por profissional da área de saúde?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.92	O falecido tomou vacina da gripe no ultimo ano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		

### PERGUNTAS PARA AS MULHERES

3.1	A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.2	A falecida teve ferida (úlceras) na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3a	A falecida menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3	A falecida parou de menstruar devido a menopausa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.4	Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.5	Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.6	Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.7	No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?	<input type="checkbox"/> sim, por quantas semanas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
3.9	A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.10	Quando morreu, a falecida estava	<input type="checkbox"/> grávida	<input type="checkbox"/> durante um aborto	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> em trabalho de parto	<input type="checkbox"/> até 6 semanas após parto ou aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA

4.1	O falecido era fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.2	Se sim, fumava o que?	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="checkbox"/> Fumo de mascar	<input type="checkbox"/> Forma local de tabaco
		<input type="checkbox"/> Cigarro eletrônico	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.4	Quantos cigarros/outra tipo o falecido fumava por dia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.5a	Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
4.6a	Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe

