

Formulário de Registo de Autópsia Clínica de Adulto

Instruções

Este formulário é de registo obrigatório na aplicação informática SICO

1 – Todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório no SICO.

2 – As secções a serem preenchidas neste formulário podem variar de acordo com as opções escolhidas. Estas secções estão colocadas dentro de caixas azuis que indicam qual a opção que obriga ao seu preenchimento.

3 – Neste formulário existem alguns campos com a seguinte disposição: opção 1 / opção 2 / opção 3. Deve assinalar com um círculo a opção que pretende.

Dados do Certificado de Óbito selecionado

Tipo de CO

N.º de CO

Dados da Autópsia

Data de realização

Hora de realização (hh:mm)

N.º processo de autópsia clínica

Autópsia Parcial Autópsia Total

(Autópsia Parcial/Total é de seleção obrigatória) *

Autópsia Parcial

Autópsia Parcial

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Respiratório | <input type="checkbox"/> Genital Masculino |
| <input type="checkbox"/> Genital Feminino | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Hepatobiliar | <input type="checkbox"/> Aerodigestivo superior | <input type="checkbox"/> Pancreático |
| <input type="checkbox"/> Órgãos sensoriais | <input type="checkbox"/> Urinário | <input type="checkbox"/> Endócrino |
| <input type="checkbox"/> Nervoso Central e Periférico | <input type="checkbox"/> Linforreticular e Hematopoiético | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cavidades pleural, pericárdica e peritoneal | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um sistema a efetuar uma autópsia parcial) *

Hábito Externo

Patológico Não Patológico

(Hábito externo patológico/não patológico é de seleção obrigatória) *

Cadáver do sexo **feminino / masculino / ignorado**, em **bom / mau / ignorado** estado de conservação. *

Peso (kg)⁽¹⁾ * Não Aplicável/Não determinado

Altura (cm)⁽¹⁾ * Não Aplicável/Não determinado

⁽¹⁾(quando referidos no processo clínico ou a mesa de autópsias o permitir)

Outras Características

Patológico

Achados patológicos (É necessário a seleção de pelo menos um dos campos) *

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipocratismo digital | <input type="checkbox"/> Edema (generalizado, facial, palpebral, membros inferiores, outro) | <input type="checkbox"/> Cicatrizes (local) |
| <input type="checkbox"/> Petéquias, equimoses, hematomas (local) | <input type="checkbox"/> Circulação Colateral | <input type="checkbox"/> Ginecomastia |
| <input type="checkbox"/> Mucosas descoradas | <input type="checkbox"/> Massas palpáveis ou visíveis (local) | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Hérnia (local) | <input type="checkbox"/> Caquexia |
| <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Adenopatias (generalizadas, cervicais, axilares, inguinais, outras) | <input type="checkbox"/> Hirsutismo |
| <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Bócio | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um sistema a efetuar uma autópsia parcial) *

Descrição, localização ou informação adicional:

Caso tenha escolhido '**Autópsia Total**' deve preencher todos os sistemas na secção '**Hábito Interno**'. Caso tenha escolhido '**Autópsia Parcial**' deve apenas preencher os que selecionou na secção '**Autópsia Parcial**'.

Hábito Interno

Órgãos com a disposição anatómica **alterada / habitual** . *

alterada

Especificar alterações: *

Cavidades pleural, pericárdica e peritoneal

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Cavidades pleurais, pericárdica e peritoneal com as seguintes alterações patológicas:

Derrames (local/quantidade e aspeto)

Tumores (local/quantidade e aspeto)

Pneumotórax (local)

Aderências (local/facilidade de dissecação)

Pneumoperitoneu

Outros

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Cavidades pleurais, pericárdica e peritoneal e respetivas serosas, sem alterações.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Cardiovascular

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Coração com g * (Não Aplicável), com as seguintes alterações:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Rutura das cordas tendinosas (local) | <input type="checkbox"/> Hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessura na base e ápex) |
| <input type="checkbox"/> Enfarte (local e tipo) | <input type="checkbox"/> Hipertrofia do ventrículo direito (espessura na base) | <input type="checkbox"/> Dilatação aneurismática (local) |
| <input type="checkbox"/> Dilatação das cavidades (local) | <input type="checkbox"/> Trombos (local) | <input type="checkbox"/> Estenose Valvular (local/perímetro valvular) |
| <input type="checkbox"/> Rutura da parede (local) | <input type="checkbox"/> Calcificação valvular (local) | <input type="checkbox"/> Tumores (local) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência valvular (local/perímetro valvular) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Vasos com as seguintes alterações:

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aterosclerose (local/gravidade) | <input type="checkbox"/> Trombos (local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Dilatação aneurismática (local) | <input type="checkbox"/> Disseção vascular (local) | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Coração com g * (Não Aplicável), com forma e dimensões habituais.

Sem alterações no aparelho valvular, no endocárdio, miocárdio e epicárdio.

Artérias coronárias sem aspetos relevantes.

Grandes vasos sem alterações relevantes.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Respiratório

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Pulmão esquerdo com g. * (Não Aplicável)

Pulmão direito com g. * (Não Aplicável)

Patológico

Pulmão/Pulmões com as seguintes alterações:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Enfisema (local) | <input type="checkbox"/> Congestão e Edema |
| <input type="checkbox"/> Bronquiectasias (local) | <input type="checkbox"/> Tromboembolismo (local) | <input type="checkbox"/> Atelectasia (local) |
| <input type="checkbox"/> Enfarte (local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia (local) | <input type="checkbox"/> Abscesso (local) | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Pulmões com consistência e aspeto habitual. Vias respiratórias e vasos pulmonares sem alterações.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Aerodigestivo Superior

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Fossas nasais, cavidade oral e faringe, laringe e traqueia com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abscesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Leucoplasia (tipo e local; > dimensão) | <input type="checkbox"/> Obstrução (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Pólipos (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Fossas nasais sem alterações aparentes. Cavidade oral e faringe sem alterações aparentes. Laringe e traqueia sem aspetos relevantes.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Gastrointestinal

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Esófago com as seguintes alterações:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Placas nacaradas | <input type="checkbox"/> Divertículo |
| <input type="checkbox"/> Mucosa de tipo gástrico acima da linha Z | <input type="checkbox"/> Varizes | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Ulcerações | <input type="checkbox"/> Hiperemia | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Perfuração | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Estômago com as seguintes alterações:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Varizes | <input type="checkbox"/> Conteúdo gástrico (tipo/quantidade) |
| <input type="checkbox"/> "Linite plástica" | <input type="checkbox"/> Hiperemia | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Ulcerações | <input type="checkbox"/> Perfuração | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Intestino delgado, apêndice, cólon e reto com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Aspeto inflamatório (local) | <input type="checkbox"/> Conteúdo (tipo e local; quantidade) |
| <input type="checkbox"/> Diverticulose | <input type="checkbox"/> Isquemia (local) | <input type="checkbox"/> Pólipos (tipo, nº e local) |
| <input type="checkbox"/> Ulcerações (local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Perfuração (local) | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Esófago sem alterações valorizáveis. Estômago com forma e dimensões usuais. Sem aspetos valorizáveis. Intestino delgado, apêndice, cólon e reto sem alterações valorizáveis.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Hepatobiliar

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Fígado com g. * (Não Aplicável)

Patológico

Fígado com (cm de maior eixo) * (Não Aplicável), com as seguintes alterações:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Trombose das veias supra-hepáticas | <input type="checkbox"/> Nodularidade (tipo/quantidade) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (%/local) | <input type="checkbox"/> Esteatose | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Estase crónica | <input type="checkbox"/> Colestase | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Trombose da veia porta | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Vesícula biliar e vias biliares com as seguintes alterações:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abscesso | <input type="checkbox"/> Litíase (local) |
| <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Pólipos (local) | <input type="checkbox"/> Obstrução (local) |
| <input type="checkbox"/> Colestase | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Fígado com (cm de maior eixo). * (Não Aplicável)

Fígado sem aspetos valorizáveis. Vesícula biliar e vias biliares **com bÍlis / sem bÍlis** .*

Sem aspetos valorizáveis.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Pâncreas

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Pâncreas com as seguintes alterações:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso | <input type="checkbox"/> Litíase (local) |
| <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Necrose/Esteatonecrose | <input type="checkbox"/> Outros <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Atrofia | <input type="checkbox"/> Hemorragia | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Pâncreas sem alterações valorizáveis.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Urinário

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Rim esquerdo com: g. * (Não Aplicável)
 cm⁽¹⁾. * (Não Aplicável)

Rim direito com: g. * (Não Aplicável)
 cm⁽¹⁾. * (Não Aplicável)

⁽¹⁾cm de maior eixo.

Patológico

Rins com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso | <input type="checkbox"/> Litíase (local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (nº/> dimensão/localização) | <input type="checkbox"/> Hidronefrose | <input type="checkbox"/> Rim poliquístico |
| <input type="checkbox"/> Enfarte (local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Necrose papilar | <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Bexiga e ureter com as seguintes alterações:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso | <input type="checkbox"/> Litíase (local) |
| <input type="checkbox"/> Divertículo (nº/> dimensão/localização) | <input type="checkbox"/> Bexiga de esforço | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Ulceração (local) | <input type="checkbox"/> Conteúdo (quantidade/aspecto) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sem achados relevantes | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Rins sem aspetos relevantes. Ureteres sem particularidades. Bexiga sem particularidades.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Genital Masculino

- Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Próstata, testículo, pênis e escroto com as seguintes alterações:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática (<input type="text"/> g <input type="checkbox"/> N.A.) |
| <input type="checkbox"/> Quistos | <input type="checkbox"/> Hidrocelo (local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Próstata com as dimensões, consistência e aspeto na superfície de seção habituais para o grupo etário.
Testículos e cordões espermáticos sem aspetos relevantes. Pénis e escroto sem particularidades.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Genital Feminino

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Útero, ovários, trompas, vagina e vulva com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (local) | <input type="checkbox"/> Miomas (tipo e local; >dimensão) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Pólipos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Outros <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Útero e anexos com dimensões e aspeto habituais para o grupo etário.
Vagina sem aspetos relevantes. Vulva sem particularidades.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Linforreticular

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Timo com as seguintes alterações / com involução adipose / sem particularidades *

com as seguintes alterações

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (local) | <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Baço com g * (Não Aplicável) com as seguintes alterações / sem particularidades *

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (local) | <input type="checkbox"/> Baço difluente | <input type="checkbox"/> Trauma/laceração (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Gânglios linfáticos com as seguintes alterações / ausência de adenopatias *

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Necrose (local) |
| <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Adenomegalia (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Medula óssea **com as seguintes alterações / com aspeto adequado ao local e grupo etário / não avaliada ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (local) | <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Timo com involução adiposa.

Baço com g * (Não Aplicável) sem particularidades.

Ausência de adenopatias.

Medula óssea **com aspeto adequado ao local e grupo etário / não avaliada ***

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Endócrino

- Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Tiroideia com g * (Não Aplicável) **com as seguintes alterações / sem particularidades ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Bócio nodular | <input type="checkbox"/> Trauma/laceração (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Paratiroideias **com as seguintes alterações / não identificadas macroscopicamente / sem alterações ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Suprarrenais **com as seguintes alterações / com aspeto e forma habituais ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Hipófise com g * (Não Aplicável) **com as seguintes alterações / sem particularidades ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Tiroideia com g * (Não Aplicável) sem particularidades.

Paratiroideias **não identificadas macroscopicamente / sem alterações ***

Suprarrenais com aspeto e forma habituais.

Hipófise com g * (Não Aplicável) sem particularidades.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Musculoesquelético

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Sistema musculoesquelético com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hiperplasia/hipertrofia (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Atrofia (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Trauma (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Sistema musculoesquelético sem alterações aparentes.

Descrição, localização ou informação adicional:

Órgãos Sensoriais

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Olhos e ouvidos com as seguintes alterações:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Necrose (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Opacificação da córnea (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Trauma (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Pólipos (tipo e local) | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Olhos e ouvidos sem alterações externas.

Descrição, localização ou informação adicional:

Sistema Nervoso Central e Periférico

Patológico Não Patológico

(Autópsia patológica/não patológica é de seleção obrigatória) *

Patológico

Cérebro com g * (Não Aplicável) **com as seguintes alterações / sem alterações ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Encravamento amigdalino | <input type="checkbox"/> Aneurisma (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Hemorragia (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Trauma (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> AVC (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia (quantidade) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Cerebelo e tronco cerebral **com as seguintes alterações / sem alterações ***

com as seguintes alterações

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estado pós cirúrgico (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Aneurisma (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Quistos (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Trauma (tipo e local) |
| <input type="checkbox"/> Inflamação/abcesso (tipo e local) | <input type="checkbox"/> AVC (tipo e local) | <input type="checkbox"/> Tumor (número, localização, etc) |
| <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | | |

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Meninges **com as seguintes alterações / sem alterações ***

com as seguintes alterações

Estado pós cirúrgico (tipo e local) Hemorragia (tipo e local) Inflamação/abcesso (tipo e local)

Tumor (número, localização, etc)

Outros

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Medula vertebral **com as seguintes alterações / não avaliada / sem alterações ***

com as seguintes alterações

Estado pós cirúrgico (tipo e local) Malformações congénitas (tipo e local) Inflamação/abcesso (tipo e local)

Tumor (número, localização, etc)

Outros

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Sistema nervoso periférico **com as seguintes alterações / não avaliado / sem alterações ***

com as seguintes alterações

Estado pós cirúrgico (tipo e local) Inflamação/abcesso (tipo e local) Tumor (número, localização, etc)

Outros

(É necessário a seleção de pelo menos um dos campos.) *

Não Patológico

Cérebro com g * (Não Aplicável) sem alterações aparentes relevantes.

Cerebelo e tronco cerebral sem alterações.

Meninges sem alterações.

Medula vertebral **não avaliado / sem alterações ***

Sistema nervoso periférico **não avaliado / sem alterações ***

Descrição, localização ou informação adicional:

Estudos Adicionais

- Histológico
- Molecular
- Microbiológico
- Toxicológico
- Outros

Histológico

Amostras colhidas para estudo histológico

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Gânglio linfático |
| <input type="checkbox"/> Pulmão | <input type="checkbox"/> Estômago | <input type="checkbox"/> Medula óssea |
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Delgado | <input type="checkbox"/> Útero |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Cólon/Reto | <input type="checkbox"/> Ovário |
| <input type="checkbox"/> Baço | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cérebro |
| <input type="checkbox"/> Pâncreas | <input type="checkbox"/> Testículo | <input type="checkbox"/> Cerebelo/Tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tireoideia | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Medula vertebral |
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Pele |
| <input type="checkbox"/> Grandes vasos | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Músculo |
| <input type="checkbox"/> Peritoneu | <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/> | |

É necessário a seleção de pelo menos uma amostra a efetuar um estudo *

Resultado:

Molecular

Amostras colhidas para estudo molecular

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Gânglio linfático |
| <input type="checkbox"/> Pulmão | <input type="checkbox"/> Estômago | <input type="checkbox"/> Medula óssea |
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Delgado | <input type="checkbox"/> Útero |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Cólon/Reto | <input type="checkbox"/> Ovário |
| <input type="checkbox"/> Baço | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cérebro |
| <input type="checkbox"/> Pâncreas | <input type="checkbox"/> Testículo | <input type="checkbox"/> Cerebelo/Tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tiroideia | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Medula vertebral |
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Pele |
| <input type="checkbox"/> Grandes vasos | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Músculo |
| <input type="checkbox"/> Peritoneu | <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/> | |

É necessário a seleção de pelo menos uma amostra a efetuar um estudo *

Resultado:

Microbiológico

Amostras colhidas para estudo microbiológico

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Gânglio linfático |
| <input type="checkbox"/> Pulmão | <input type="checkbox"/> Estômago | <input type="checkbox"/> Medula óssea |
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Delgado | <input type="checkbox"/> Útero |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Cólon/Reto | <input type="checkbox"/> Ovário |
| <input type="checkbox"/> Baço | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cérebro |
| <input type="checkbox"/> Pâncreas | <input type="checkbox"/> Testículo | <input type="checkbox"/> Cerebelo/Tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tiroideia | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Medula vertebral |
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Pele |
| <input type="checkbox"/> Grandes vasos | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Músculo |
| <input type="checkbox"/> Peritoneu | <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/> | |

É necessário a seleção de pelo menos uma amostra a efetuar um estudo *

Resultado:

Toxicológico

Amostras colhidas para estudo toxicológico

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Gânglio linfático |
| <input type="checkbox"/> Pulmão | <input type="checkbox"/> Estômago | <input type="checkbox"/> Medula óssea |
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Delgado | <input type="checkbox"/> Útero |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Cólon/Reto | <input type="checkbox"/> Ovário |
| <input type="checkbox"/> Baço | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cérebro |
| <input type="checkbox"/> Pâncreas | <input type="checkbox"/> Testículo | <input type="checkbox"/> Cerebelo/Tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tireoideia | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Medula vertebral |
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Pele |
| <input type="checkbox"/> Grandes vasos | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Músculo |
| <input type="checkbox"/> Peritoneu | <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/> | |

É necessário a seleção de pelo menos uma amostra a efetuar um estudo *

Resultado:

Outros

Amostras colhidas para outros estudos

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Esófago | <input type="checkbox"/> Gânglio linfático |
| <input type="checkbox"/> Pulmão | <input type="checkbox"/> Estômago | <input type="checkbox"/> Medula óssea |
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Delgado | <input type="checkbox"/> Útero |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Cólon/Reto | <input type="checkbox"/> Ovário |
| <input type="checkbox"/> Baço | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cérebro |
| <input type="checkbox"/> Pâncreas | <input type="checkbox"/> Testículo | <input type="checkbox"/> Cerebelo/Tronco cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tireoideia | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Medula vertebral |
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Pele |
| <input type="checkbox"/> Grandes vasos | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Músculo |
| <input type="checkbox"/> Peritoneu | <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/> | |

É necessário a seleção de pelo menos uma amostra a efetuar um estudo *

Resultado:

Epícrise - Sumário

Conclusão Final da Autópsia

Causa de Morte Provável *

Doença Principal *

Outros Achados Relevantes

Nome clínico *

N.º cédula profissional *

Instituição *

Unidade / Serviço *