

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE EVITABLE
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y CIERRE DE CASO DE MUERTE MATERNA

Semana Epidemiológica: MM. Institucional ☐ MM. Comunitaria ☐ Notificación Negativa ☐

DATOS DE LA UNIDAD OPERATIVA QUE NOTIFICA

1. Institución:		2. Tipo de unidad operativa	
1. MSP ☐	2. IESS ☐	1. Puesto Salud ☐	2. CG ☐
3. IESS CAMPESINO ☐	4. ISSFA ☐	3. CS ☐	4. CS tipo A ☐
5. ISSPOL ☐	6. Red Complementaria ☐	5. CS tipo B ☐	6. CS tipo C ☐
7. CE ☐	8. HD ☐	9. HB ☐	10. HG ☐
11. HE ☐	12. HES ☐	13. HM ☐	14. UMG ☐
15. UMQ ☐	16. UMEO ☐	17. UF ☐	18. UA ☐

3. Ubicación de la unidad
Zona: Provincia: Distrito: Cantón:
Parroquia: Localidad:

4. Nombre de la Unidad que notifica:

5. Fecha de notificación: dd mm aaaa

6. Lugar de captación: 1. UO Pública ☐ 2. UO Privada ☐ 3. Registro Civil ☐ 4. Comunidad ☐

7. Murió en: 1. UO Pública ☐ 2. UO Privada ☐ 3. Casa ☐ 4. Camino ☐

8. Nombre y apellido de quien llena el formulario:

INFORMACIÓN DE LA FALLECIDA

10. Nombres y apellidos:

11. FECHA DE NACIMIENTO:

12. Nacionalidad:

13. Cédula/pasaporte:

14. HCU:

15. Identificación étnica: 1. Indígena ☐ 2. Afroecuatoriana Afrodescendiente ☐ 3. Negra ☐ 4. Mulata ☐ 5. Montubia ☐ 6. Mestiza ☐

16. Lugar de residencia habitual (dirección exacta):

17. Zona geográfica (donde reside la madre): 1. Urbana ☐ 2. Rural ☐

INFORMACIÓN INICIAL SOSPECHOSA DE MUERTE MATERNA

18. Fecha de ingreso a la Unidad operativa: dd mm aaaa

19. Referido Si ☐ No ☐

20. Fecha de muerte: dd mm aaaa Hora: hh mm

21. Nombre de la unidad de la que se refiere:

22. Período en el que ocurre la defunción: 1. Embarazo ☐ Edad gestacional semanas 2. Parto ☐ 3. Puerperio inmediato (24 horas) ☐ 4. Puerperio mediato (1 día a 10 días) ☐ 5. Puerperio tardío (11 a 42 días) ☐

23. Diagnóstico presuntivo o causa probable de la muerte:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA MADRE

24. Estado civil: C ☐ UL ☐ Se ☐ D ☐ V ☐ Sol. ☐

25. Ocupación:

26. Escolaridad: 1. Ninguno ☐ 2. Centro de Alfabetización/EBA ☐ 3. Primaria ☐ 4. Secundaria ☐ 5. Educación Básica ☐ 6. Bachillerato-Educación media ☐ 7. Ciclo post-bachillerato ☐ 8. Superior ☐ 10. Post-gradó ☐ 11. Se ignora ☐

27. Antecedentes gineco-obstétricos: N° Gestas N° Partos N° Cesáreas previas N° Abortos N° de nacidos vivos

Control prenatal Si ☐ No ☐ N° de controles **28. Condición del RN:** 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No dato ☐

29. Comorbilidad: Si ☐ No ☐ 1. HTA ☐ 2. Diabetes ☐ 3. TB ☐ 4. ITS ☐ 5. Anemia ☐

6. VIH/SIDA ☐ 7. Infección Urinaria ☐ 8. Otras: Especifique:

30. Acta de comité local: Si ☐ No ☐ **31. Ficha de investigación /Relato Historia de Vida** Si ☐ No ☐

CLASIFICACIÓN DE LA MUERTE

32. Muerte materna: Confirmada ☐ Descartada ☐ No investigada ☐

33. Tipo de muerte: Directa ☐ Indirecta ☐

34. Demoras y sus posibles causas:

Primera demora	Segunda demora	Tercera demora
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

35. Se realizó autopsia? Si ☐ No ☒ Resultado:

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

A. Causa directa:

B. Causa interviniente:

C. Causa Básica de la muerte: CIE-10 (Causa básica):

D. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte: N.- de Formulario de defunción: