

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE EVITABLE
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y CIERRE DE CASO DE MUERTE NEONATAL

Semana Epidemiológica: MNN. Institucional ☐ MNN. Comunitaria ☐

DATOS DE LA UNIDAD OPERATIVA QUE NOTIFICA

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

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

4. Nombre de la Unidad que notifica:

5. Fecha de captación: **6. Fecha de notificación:** **7. Lugar de captación:**

8. Lugar de la muerte: 1. UO Pública ☐ 2. UO Privada ☐ 3. Registro Civil ☐
 3. Casa ☐ 4. Camino ☐ 4. Comunidad ☐

9. Nombre y apellido de quién llena el formulario:

INFORMACIÓN DE LA MADRE

10. Nombres y apellidos: **11. Edad:** **12. HCU:**

13. Hábitos nocivos de la madre 1. Fuma ☐ 2. Alcohol ☐ 3. Droga ☐ 4. Violencia intra Familiar ☐ 5. Otros ☐

14. Identificación étnica: 1. Indígena ☐ 2. Afroecuatoriana ☐ 3. Negra ☐ 4. Mulata ☐ 5. Montubia ☐
 Afrodescendiente ☐ 6. Mestiza ☐ 7. Blanca ☐ 8. Otra ☐

15. Lugar de residencia habitual (donde vivió los últimos seis meses)

16. Zona geográfica: 1. Urbana ☐ 2. Rural ☐ **17. Ocupación:** **18. Estado civil:**

C	UL	Se	D	V	Sol.
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

20. Antecedentes G.O: 1. N° Gestas ☐ 2. N° Partos ☐ 3. N° Cesáreas ☐ 4. N° Abortos ☐ 5. N° nacidos vivos ☐
 Control prenatal Si ☐ No ☐ N° de controles 6. N° nacidos muertos ☐

21. Comorbilidad: Si ☐ No ☐ 1. HTA ☐ 2. Diabetes ☐ 3. TB ☐ 4. ITS ☐ 5. Anemia ☐
 6. VIH/SIDA ☐ 7. Infección Urinaria ☐ 8. Otras: Especifique:

22. Tipo de parto 1. Vaginal eutósico ☐ 2. Vaginal distósico ☐ 3. Cesárea electiva ☐ 4. Cesárea de emergencia ☐

23. Edad Gestacional **24. Condición de la madre al egreso** 1. Viva ☐ 2. Muerta ☐
 (Por FUM o ECO 1er Trimestre)

INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

25. Nombre del RN **26. N° HCU**
 Primer apellido Segundo apellido Nombres

27. Fecha de ingreso a la Unidad operativa: **28. Fecha de nacimiento:** Hora:

29. Referido Si ☐ No ☐ No aplica ☐ **30. Nombre de la unidad que refirió:**

31. APGAR 1 minuto ☐ 5 minutos ☐ 10 minutos ☐ No sabe ☐ **32. Sexo** 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐ 3. Otro ☐

33. Patología al nacimiento 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. Cual

34. Peso al nacer 1. Adecuado para la EG ☐ 2. Pequeño para la EG ☐ 3. Grande para la EG ☐

CLASIFICACIÓN DE LA MUERTE

35. Fecha de la muerte: Hora: **36. Edad al momento de la muerte** 44
 dd mm aaaa hh mm hh mm dd

37. La muerte fue evitable: 1. Si ☐ 2. No ☐ **38. Se realizó autopsia?** Si ☐ No ☐

39. Diagnóstico de la autopsia 1. 2. 3.

40. CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

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: