



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

1- DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del notificante: _____ Fecha de notificación:...../...../.....
Establecimiento: _____ Región Sanitaria: _____

2- DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Defunción Materna: SI NO
Fecha de la Defunción:/...../.....
Hora: _____ Certificado defunción N°: _____
Sitio de defunción: Servicio de salud UCI
Vía pública
Durante el traslado sanitario
Domicilio Otro
Especificar.....
Causa básica de muerte: _____
CIE 10: _____
Defunción Fetal: SI NO Gestación: Única
Múltiple

Defunción Neonatal: SI NO
Fecha de la Defunción:/...../.....
Hora: _____ Certificado defunción N°: _____
Sitio de defunción: Servicio de salud UCI
Vía pública
Durante el traslado sanitario
Domicilio Otro
Especificar.....
Causa básica de muerte: _____
CIE 10: _____

3- DATOS DE LA MADRE

Nombre y Apellido: _____ C.I. N°: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento:/...../..... Estado Civil: Casada Soltera Unión estable Otro
Departamento: _____ Distrito: _____ Barrio: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

4.- ANTECEDENTES MATERNOS

Gestación N°: _____ Partos Vaginales N°: _____ Cesáreas N°: _____ Abortos N°: _____ Muertos: _____ Vivos: _____
Escolaridad: Ninguna Primaria Secundaria Universitaria Sin Información

5.- DATOS DEL NEONATO

Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento:/...../.....
Identificación: CI N°: _____ HC N°: _____ Edad: ____ días/____ hs Sexo: M F
Peso al nacer: _____ gramos. Edad gestacional: _____ sem. Apgar (1 y 5 min): ____ / ____

6 - FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

Antecedentes de riesgo /Complicaciones maternas:		Antecedentes/Complicaciones neonatales	
<input type="checkbox"/> Sin antecedentes	<input type="checkbox"/> Hemorragia 1er trimestre	<input type="checkbox"/> RN Pretérmino	<input type="checkbox"/> Desproporción céfalo pélvica
<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> Hemorragia 2do trimestre	<input type="checkbox"/> RN de bajo peso	<input type="checkbox"/> Retardo crecimiento intrauterino
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Hemorragia 3er trimestre	<input type="checkbox"/> RN macrosómico	<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Intervalo embarazos ≤ a 2 años	<input type="checkbox"/> Trast. metabólicos	<input type="checkbox"/> Anomalías congénitas mayores
<input type="checkbox"/> Mola hidatiforme	<input type="checkbox"/> ITS distintas a VIH	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Asfixia Perinatal
<input type="checkbox"/> Enf. inmunológicas	<input type="checkbox"/> VIH – SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa*	<input type="checkbox"/> Otras complicaciones*
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Otras infecciones*	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad Rh	
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Parto prolongado o traumático	
<input type="checkbox"/> Desnutrición crónica	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Infección asociada a los cuidados de la salud (IACS): Especificar sitio: _____	
<input type="checkbox"/> Sind. HELLP	<input type="checkbox"/> Sustancias psicoactivas		
<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Obesidad		
<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Otras complicaciones*		
<input type="checkbox"/> Trastorno mental	<input type="checkbox"/> Infección asociada a los cuidados de la salud (IACS) Especificar sitio: _____		

*Si marcó **otras complicaciones** u **otras infecciones**, ¿Cuáles? _____

*Si marcó **otras complicaciones** o **Enfermedad infecciosa**, ¿Cuáles? _____

7- ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO (en el momento de la muerte)

Momento en que ocurre la muerte: Gestación Parto Puerperio <24 horas Puerperio > 24 horas
Sem. Gestación: _____ Tipo de parto: Vaginal Cesárea N° Controles Pre Natales de la última gestación: _____
Parto atendido por: Médico Obstetra Enfermera Partera Otro

8 – CIERRE DEL CASO (Posterior a la investigación)

Cierre de Caso: Dx. Final de causa principal de Muerte: Materna: _____ CIE10: _____
Dx. Final de causa principal de Muerte Neonatal: _____ CIE10: _____