



DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

ANEXO 1		FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA	
	PERÚ Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	
I. DATOS NOTIFICACIÓN			
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día ____ Mes ____ Año ____		HORA DE LA NOTIFICACIÓN (24 horas) : Horas ____/Minutos ____	
DISA/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA:		RED DE SALUD:	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE:			
IDENTIFICADO POR: VIGILANCIA ACTIVA <input type="checkbox"/> VIGILANCIA PASIVA <input type="checkbox"/>			
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Sanidad de FFAA/PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otra Institución <input type="checkbox"/> Especificar _____			
II. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
EDAD <input type="text"/> Años	N° DNI <input type="text"/>	N° DE HISTORIA CLÍNICA <input type="text"/>	
DOMICILIO :			
Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector		N°/Interior/Manzana/Lote	Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad
DEPARTAMENTO (Procedencia):		PROVINCIA:	DISTRITO:
III. DATOS DEL FALLECIMIENTO			
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <input type="text"/> Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>			
FECHA DE FALLECIMIENTO: DÍA ____ MES ____ AÑO ____		HORA: HORAS ____ MINUTOS ____	
LUGAR DE LA FALLECIMIENTO: EESS IGSS / GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO _____			
PERMANENCIA (ESTADÍA) EN EL EESS : _____ DÍAS _____ HORAS _____ MINUTOS			
DEPARTAMENTO (Fallecimiento):		PROVINCIA:	DISTRITO:
REFERENCIA			
REFERIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:	
DEPARTAMENTO (Origen de la referencia)		PROVINCIA:	DISTRITO:
CAUSAS DE DEFUNCIÓN		CIE-10	CAUSA GENÉRICA
CAUSA FINAL PROBABLE:			<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:			<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
CAUSA BÁSICA PROBABLE:			<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
			<input type="checkbox"/> Otra causa _____
CLASIFICACIÓN INICIAL DE LA MUERTE MATERNA: Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/> Por determinar <input type="checkbox"/>			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE		PROFESIÓN	CARGO
			FIRMA

CAUSA FINAL PROBABLE: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal.

CAUSA INTERMEDIA PROBABLE: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.

CAUSA BÁSICA PROBABLE: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.