

Dirección General de Epidemiología  
Dirección de Vigilancia Epidemiológica

SEMANA EPIDEMIOLOGICA: \_\_\_\_\_

N° local:   
N° municipal:   
N° regional: **Ficha Notificación Inmediata de Mortalidad Materna. SIS-01. SIVIGILA MM-1**

Muerte ocurrida en una mujer durante el embarazo, parto, puerperio o con antecedente de evento obstétrico en los últimos 12 meses de vida, independientemente de la causa de defunción.

1. Establecimiento que notifica:	1.1. Tipo (I, II, III ó IV):		1.2. Nombre del Establecimiento		1.3. Municipio	1.4. Estado	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. Muerte conocida por:	<input type="checkbox"/>	2.1. Vigilancia pasiva en establecimiento		<input type="checkbox"/>	2.2. Vigilancia epidemiológica activa		
	<input type="checkbox"/>	2.3. Denuncia comunitaria		<input type="checkbox"/>	2.4. Medios de comunicación		
	<input type="checkbox"/>	2.5. Sistema vigilancia epidemiológica		<input type="checkbox"/>	2.6. Otros: _____		
3. Datos del fallecimiento	3.1. Fecha de Muerte	3.2. Hora	3.3. Día	3.4. Parroquia Ocurrencia	3.5. Municipio	3.6. Entidad	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	3.7. Sitio del fallecimiento						
	3.7.1. Establecimiento de Salud (anotar tipo y nombre)		3.7.2. Domicilio (anotar nombre de población)		3.7.3. Vía (especificar motivo)	3.7.4. Otro sitio (especificar)	
4. Identificación de la Madre	4.1. Apellidos y Nombre completos:		4.2. Edad:	4.3. Cédula de Identidad:	4.4. Nacionalidad:		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	VENEZOLANA		
	4.5. Si es Indígena registre grupo étnico:		4.6. Población donde reside		4.7. Sector		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		KILOMETRO 26		
	4.8. Parroquia		4.9. Municipio:		4.10. Entidad:		
5. Condición de vida de la madre:	5.1. Ocupación:		5.2. Nivel Educativo:		5.3. Condición de pareja		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	5.4. Control Prenatal:		5.5. Tiene carnet control		5.6. Establecimiento último control prenatal		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5.7. Fecha último control			
6. Datos del evento Obstétrico	6.1. Periodo gestacional del fallecimiento:		6.2. Edad gestacional		6.3. Tipo de parto		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
7. Causa de Muerte	7.5. Causa de Muerte Obstétrica Directa. Ejemplo: hemorragia por atonía uterina						
	<input type="text"/>			por	<input type="text"/>		
	7.6. Causa de Muerte Obstétrica Indirecta. Ejemplo: Insuficiencia respiratoria por Crisis de Asma Bronquial						
	<input type="text"/>			por	<input type="text"/>		
7.7. Causa de Muerte No Materna. Ejemplo: Politraumatismos por Accidente Automovilístico.							
<input type="text"/>			por	<input type="text"/>			
7.8. Otras causas presentes que contribuyeron con la muerte de la madre. Por ejemplo: Infección hospitalaria.							
<input type="text"/>							
8. Observaciones	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
9. Responsable de la notificación:	9.1. Nombre y Apellido			9.10. Cargo:			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			

