



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Atención clínica – Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-088 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento *

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación *

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

Nombres y apellidos *

4. DATOS PRENATALES

4.26 Diagnóstico durante el embarazo y antes del parto

☐ Trastorno hipertensivo asociado al embarazo

☐ Diabetes gestacional

☐ Cardiopatía

☐ Cáncer

☐ Hemorragia genital

☐ Anemia aguda y/o crónica

☐ Bacteriuria asintomática

☐ Infección de tracto genitourinario

☐ Trombosis venosa profunda

☐ Tuberculosis

☐ Malaria

☐ VIH/SIDA

☐ Trastornos mentales

☐ Ninguno

☐ Otros

4.26.1 ¿Cuáles?

4.27 ¿La gestante se encontraba en tratamiento farmacológico para la patología diagnosticada?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

4.28 ¿El tratamiento farmacológico instaurado permitió control de la patología?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

4.29 Durante el control prenatal, ¿La mujer fallecida recibió asesoría para interrupción voluntaria de su embarazo (IVE)?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. Sin información

4.30 ¿La mujer fallecida realizó solicitud del procedimiento para interrupción voluntaria del embarazo?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. Sin información

4.31 ¿La mujer fallecida obtuvo respuesta frente a la solicitud del procedimiento para interrupción del embarazo?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

☐ 4. Sin información

4.32 Si hay algún dato importante en la historia clínica referente al proceso de atención durante el control prenatal que no ha sido captado con las preguntas anteriores, por favor resúmalo acá:

5. INFORMACIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONES POR URGENCIAS OCURRIDAS DURANTE EL EMBARAZO

5.1 Información de las hospitalizaciones y/o atenciones por urgencias ocurridas durante el embarazo (sin incluir las atenciones relacionadas directamente con la muerte)

1

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

DEPARTAMENTO / MUNICIPIO

Departamento

Municipio

Fecha de ingreso

Fecha de egreso

Razón de la hospitalización:

☐ 1. Amenaza de parto pretérmino

☐ 2. Ruptura prematura de membranas

☐ 3. Trastorno hipertensivo

☐ 4. Placenta previa

☐ 5. Desprendimiento prematuro de placenta

☐ 6. Infección urinaria

☐ 7. Sepsis

☐ 8. Hemorragia

☐ 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)

☐ 10. Diabetes

☐ 11. Otra ¿Cuál?

Tratamiento:

☐ 1. Tocolíticos

☐ 2. Antibióticos

☐ 3. Maduración pulmonar

☐ 4. Anticoagulación

☐ 5. Transfusiones

☐ 6. Cerclaje

☐ 7. Amniocentesis

☐ 8. Dieta

☐ 9. Manejo farmacológico

☐ 10. Antihipertensivos

☐ 11. Otro ¿Cuál?

Condición de alta

☐ 1. Remitida a otra institución

☐ 2. Sale para su casa

2

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

DEPARTAMENTO / MUNICIPIO

Departamento

Municipio

Fecha de ingreso

Fecha de egreso

Razón de la hospitalización:

☐ 1. Amenaza de parto pretérmino

☐ 2. Ruptura prematura de membranas

☐ 3. Trastorno hipertensivo

☐ 4. Placenta previa

☐ 5. Desprendimiento prematuro de placenta

☐ 6. Infección urinaria

☐ 7. Sepsis

☐ 8. Hemorragia

☐ 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)

☐ 10. Diabetes

☐ 11. Otra ¿Cuál?

Tratamiento:

☐ 1. Tocolíticos

☐ 2. Antibióticos

☐ 3. Maduración pulmonar

☐ 4. Anticoagulación

☐ 5. Transfusiones

☐ 6. Cerclaje

☐ 7. Amniocentesis

☐ 8. Dieta

☐ 9. Manejo farmacológico

☐ 10. Antihipertensivos

☐ 11. Otro ¿Cuál?

Condición de alta

☐ 1. Remitida a otra institución

☐ 2. Sale para su casa



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Atención clínica – Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-088 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento *

☐ RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ PA☐ MS☐ AS☐ PE☐ CN☐ CD☐ SC☐ DE☐ PT

Número de identificación *

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

Nombres y apellidos *

6. DATOS REFERENTES A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE (PARTO, CESÁREA O ABORTO)

6.1 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

6.2 Hora de defunción (Hora militar)

6.3 Cuándo la mujer falleció, ella:

☐ 1. Estaba embarazada

☐ 2. Había estado embarazada en los últimos 42 días y tuvo un parto

☐ 3. Había estado embarazada en los últimos 42 días y tuvo un aborto

☐ 4. Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un parto

☐ 5. Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un aborto

☐ 6. Sin información

6.4 ¿Dónde ocurrió la terminación del embarazo (aborto, parto o cesárea)?

6.5 ¿Quién atendió la terminación del embarazo (aborto, parto o cesárea)?

☐ 1. Domicilio

☐ 3. Otro (vehículo, camino, etc)

☐ 4. No aplica (falleció durante el embarazo y no se realizó cesárea perimortem)

☐ 5. Sin información en la historia clínica

☐ 2. Institución de salud

☐ 1. Médico gineco-obstetra

☐ 2. Médico general

☐ 3. Médico residente

☐ 4. Enfermera

☐ 5. Auxiliar de enfermería

☐ 6. Estudiante de carreras afines a salud

☐ 7. Partera

☐ 9. Nadie

☐ 10. Sin información

☐ 8. Otro

6.5.1 ¿Cuál?

Nombre de la institución de salud donde ocurrió la terminación del embarazo

ABORTO

6.6 Tipo de aborto

6.7 ¿Cuál fue el método utilizado para la evacuación del producto de la concepción?

☐ 1. Espontáneo

☐ 2. Inducido

☐ 3. Provocado

☐ 1. Farmacológico

☐ 2. Aspiración manual endouterina (AMEU)

☐ 3. Aspiración eléctrica

☐ 4. Dilatación y legrado

☐ 6. No aplica

☐ 7. Sin información en la historia clínica

☐ 5. Otro

6.7.1 ¿Cuál?

6.8 ¿Se realizó diagnóstico de embarazo ectópico?

6.9 ¿Cuál fue el manejo del embarazo ectópico?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 1. Manejo médico

☐ 2. Laparoscopia

☐ 3. Laparotomía

☐ 4. No se hizo tratamiento

☐ 5. Sin información

PARTO (INCLUYE INFORMACIÓN DE CESÁREA)

6.10 Fecha del inicio del trabajo de parto

6.11 Lugar donde se inició el trabajo de parto

6.12 El trabajo de parto fue:

6.13 Tipo de parto

6.14 El lugar donde se atendió el parto fue:

6.15 Condición final del producto de la gestación

6.16 Condición final del producto de la gestación (segundo gemelo)

☐ 1. Domicilio

☐ 3. Otro (vehículo, camino, etc)

☐ 2. Institución de salud

☐ 1. De inicio espontáneo

☐ 2. Inducido (Se utilizó oxitocina, misoprostol para iniciar el trabajo de parto)

☐ 3. Se utilizó oxitocina para reforzar el trabajo de parto

☐ 1. Vaginal

☐ 2. Cesárea electiva

☐ 3. Cesárea de emergencia

☐ 4. Cesárea perimortem

☐ 4. Sin información

☐ 2. Institución de salud

Nombre de la institución donde se atendió el parto

☐ 1. Nació vivo y sigue vivo

☐ 2. Nació vivo pero murió antes de cumplir los 7 días de vida

☐ 3. Nació vivo pero murió después de la primera semana de vida

☐ 4. Fue aborto

☐ 5. Muerte fetal (murió en útero y no nació)

☐ 6. Nació muerto

☐ 7. No sabe

☐ 1. Nació vivo y sigue vivo

☐ 2. Nació vivo pero murió antes de cumplir los 7 días de vida

☐ 3. Nació vivo pero murió después de la primera semana de vida

☐ 4. Fue aborto

☐ 5. Muerte fetal (murió en útero y no nació)

☐ 6. Nació muerto

☐ 7. No sabe



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Atención clínica – Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-088 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento *

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación *

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

Nombres y apellidos *

7. DATOS DEL PUERPERIO

7.1 ¿Dónde ocurrió el alumbramiento?

☐ 1. Domicilio

☐ 3. Otro (vehículo, camino, etc)

☐ 4. No aplica

☐ 5. Sin información

☐ 2. Institución de salud

Nombre de la institución de salud donde se atendió el alumbramiento

7.2 Fecha en la cual ocurrió el alumbramiento (dd/mm/aaaa)

7.3 Hora de defunción (Hora militar)

7.4 ¿Quién atendió el alumbramiento?

☐ 1. Médico gineco-obstetra

☐ 2. Médico general

☐ 3. Médico residente

☐ 4. Enfermera

☐ 5. Auxiliar de enfermería

☐ 6. Estudiante de carreras afines a salud

☐ 7. Partera

☐ 9. Nadie

☐ 10. Sin información

☐ 8. Otro

7.4.1 ¿Cuál?

7.5 ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

☐ 4. Sin información

7.6 ¿Se realizó vigilancia adecuada durante las dos primeras horas del puerperio?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

☐ 4. Sin información

7.7 ¿Hubo hemorragia posparto?

☐ 1. Si

☐ 2. No

☐ 3. No aplica

☐ 4. Sin información

7.8 En qué momento se identificó la hemorragia posparto

☐ 1. En las dos primeras horas de posparto

☐ 2. Entre la segunda y la sexta hora de posparto

☐ 3. Entre 7 y 24 horas de posparto

☐ 4. Más de 24 horas de posparto

☐ 5. Sin información

7.9 La causa de la hemorragia posparto fue:

☐ 1. Atonía

☐ 2. Retención de placenta o restos

☐ 3. Placenta ácreta

☐ 4. Ruptura uterina

☐ 5. Laceraciones o desgarros del canal

☐ 6. Inversión uterina

☐ 7. Trastorno de la coagulación

☐ 8. Sin información

7.10 Otras complicaciones en el puerperio

☐ 1. Endometritis

☐ 2. Peritonitis

☐ 3. Septicemia/ choque séptico

☐ 4. Eclampsia / preeclampsia

☐ 5. Embolia obstétrica

☐ 6. Depresión posparto

☐ 8. No hubo complicaciones

☐ 9. No aplica (falleció antes del puerperio (durante el trabajo de parto)

☐ 10. Sin información en la historia clínica

☐ 7. Otras

7.10.1 ¿Cuál otra?

7.11 Amplíe la respuesta si considera necesario.

8. INFORMACIÓN REFERENTE A LAS ATENCIONES CLÍNICAS DEL EVENTO FINAL QUE CONDUJO AL DECESO DE LA MUJER

8.1 ¿La mujer fallecida venía remitida de otra(s) institución(es) de salud?

☐ 1. Si

☐ 2. No

8.2 ¿En qué momento se realizó la remisión a la última institución donde fue atendida la mujer fallecida?

☐ 1. Embarazo

☐ 2. Trabajo de parto

☐ 3. Parto

☐ 4. Posparto o posaborto

☐ 5. Sin información

8.3 Diagnóstico (s) de ingreso a la última institución donde fue atendida la mujer fallecida

8.4 Diagnóstico (s) de egreso en la última institución donde fue atendida la mujer fallecida



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Atención clínica – Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-088 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento *

☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ CN ☐ CD ☐ SC ☐ DE ☐ PT

Número de identificación *

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

Nombres y apellidos *

8. INFORMACIÓN REFERENTE A LAS ATENCIONES CLÍNICAS DEL EVENTO FINAL QUE CONDUJO AL DECESO DE LA MUJER

8.1 Resumen de las atenciones clínicas durante el evento final que condujo al deceso de la mujer

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

DEPARTAMENTO / MUNICIPIO

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa)

Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)

Nivel de complejidad

☐ 1. Alto ☐ 2. Medio ☐ 3. Bajo

> Motivo de consulta y enfermedad actual al momento del ingreso.

> Examen físico y pruebas complementarios (indique brevemente los hallazgos relevantes al examen físico del ingreso y los resultados de las pruebas complementarias o exámenes).

> Diagnósticos iniciales y tratamiento administrado (Indique posología de los medicamentos y en caso de procedimientos quirúrgicos o invasivos, una breve descripción de estos).

> Evolución durante la estancia hospitalaria (indique brevemente los cambios relevantes en el estado de la paciente, las complicaciones y los nuevos diagnósticos si se presentan).

> Cambios en el tratamiento (indique brevemente los cambios relevantes en el tratamiento de la paciente y la justificación para estos cambios. Si la paciente falleció en la institución describa aquí esta situación).

> Motivo de la remisión (indique brevemente el motivo de la remisión y las situaciones asociadas. Si la paciente falleció en la institución omite este recuadro).

* Si desea agregar una atención clínica de otra institución, imprima esta hoja nuevamente



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Formulario de recolección

Atención clínica – Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-088 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE DEFUNCIÓN

 / /

Tipo de documento *

☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ CN ☐ CD ☐ SC ☐ DE ☐ PT

Número de identificación *

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

Nombres y apellidos *

9. DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS

9.1 ¿Se realizó algún estudio anatomopatológico diferente a la necropsia?

☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. Sin información

9.2 ¿Se realizó necropsia?

☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. Sin información

9.3 Resultado de los estudios anatomopatológicos realizados

10. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE DILIGENCIA EL FORMULARIO (FÍSICO)

10.1 Departamento y municipio

Departamento

Municipio

10.2 Nombres, Apellidos - cargo e institución de la (s) persona (s) que diligencian el resumen de historia clínica

NOMBRES Y APELLIDOS

CARGO

INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA

NOMBRES Y APELLIDOS

CARGO

INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA

NOMBRES Y APELLIDOS

CARGO

INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA

Correo: sivigila@ins.gov.co