









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

Formulario de recolección

Autopsia verbal - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-087 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

1. DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA												
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	,	F	ECHA DE DEFUN	NCIÓN		/	/					
1.1 Tipo de documento *				1.2 Núr	nero de i	dentificac	ión *			=		
ORC OTI OCC OCE OPA OMS	OAS OPE OCN OCD	O sc	O DE O PT									
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDUL CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO C	A CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA	: PASAPORTI	E MS : MENOR SIN ID	AS: ADUL	LTO SIN ID P	E : PERMISO ES	SPECIAL DE PE	RMANENC	IA	_		
1.3 Nombres y apellidos *	b. OARRE DIE EDINATION DO . DALFONDRING	102.0000	MENTO EXTRANGERO	T T T LIXING	001011110	I LOGION I LIIII	ORAL					
, apanina												
2. DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA												
2.1 Fecha de inicio de la entrevista (dd/mm/aaaa)	2.2 Hora de inicio de la entrevista	2.3 D€	epartamento y mi	unicipio	dónde se	realiza la vi	sita			_		
							Departamer	ito 1	Municipio			
2.4 Nombres y apellidos del pariente						2.5 Teléfo	no del pari	ente				
2.6 Parentesco												
O 1. El cónyuge o compañero permanente	O 5. Abuela (o)			0	9. Otro							
O 2. Madre / Padre	○ 6. Hija (o)			2.	6.1 ¿Cuál o	tro?						
3. Hermana (o)4. Cuñada (o)	○ 7. Nuera / Yern○ 8. Suegra (o)	10		_						_		
	3. PROCESO ENFERME	FDAD -	ATENCIÓN							_		
3.1 La mujer fallecida tenía diagnóstico de alguna		-040 -	AILIOIOII							=		
Diabetes	Cáncer		☐ Ningu	ıno								
☐ Hipertensión arterial	☐ Trastornos mentales		☐ No sa									
☐ Enfermedades cardíacas	☐ Epilepsia		☐ Otro		3.1.1 ¿Cuál	otro?						
☐ Enfermedades autoinmunes	☐ Enfermedades del tracto urina	ario										
3.2 La mujer fallecida recibió tratamiento para la p		1. Si	O 2. No	0 3	3. No sab	e						
3.3 El tratamiento que recibió la mujer fallecida pe	rmitió el control de la patología	O 1. Si	i 0 2. N	0	O 3. No	sabe						
3.4 Durante el embarazo la gestante presentó algu	na complicación											
☐ Preeclampsia	☐ Ruptura uterina		☐ Ningu	ıno								
☐ Eclampsia	Dehiscencia de cicatriz uterina	а	☐ No sa	abe								
Hemorragia posparto y/o posaborto	☐ Sepsis		Otras	3	3.4.1 ¿Cuále	s?						
☐ Alteraciones placentarias	☐ Evento tromboembólico			_								
3.5 La mujer fallecida estuvo hospitalizada a raíz o	de la complicación	1. Si	O 2. No	0 :	3. No sat	е						
3.6 Fecha en que ocurrió la defunción	3.7 ¿En qué momento oc	urrió la m	uerte?									
	O 1. Durante el embara:	zo	O 3. Durant	e el part	to	(⊃ 5. Dura	nte el p	uerper	io		
	O 2. Durante el trabajo o	de parto	O 4. Durant	e la exp	ulsión de	placenta						
Hemorragia vaginal 3.8 ¿La mujer fallecie	da presentó sangrado o hemorragia v	aginal?		O 1. Si	C) 2. No	O 3.	No sab	е			
3.9 ¿Sabe usted en qué momento se presentó el sa	angrado o hemorragia vaginal?											
O 1. Antes de la terminación del embarazo												
O 2. Durante la terminación del embarazo												
3. Después de la terminación del embara												
4. Antes durante y después de la termina5. No sabe	cion dei embarazo											
	0 0 1											
3.10 ¿La placenta fue expulsada?	I. Si	No sabe										
3.11 ¿Sabe usted en qué momento se presentó el s	sangrado o hemorragia vaginal en rela	ación con	la salida de la p	lacenta?								
1. Antes de la salida de la placenta2. Después de la salida de la placenta												

O 3. Antes y después de la salida de la placenta O 4. No sabe











SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila Formulario de recolección

Autopsia verbal - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-087 V:00 2024-12-27

	tidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 126	6/09								
RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓ	ON DE LA MUJER FALLECIDA									
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	FECHA DE DEFUNCIÓN / / /									
Tipo de documento *	Número de identificación *	=								
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN	N OCD OSC ODE OPT									
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EX CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO SC : SA	(TRANJERÍA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA ALVOCONDUCTO DE : DOCUMENTO EXTRANJERO PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL									
Nombres y apellidos *										
3. PROCESO ENFERMEDAD – ATENCIÓN										
Sepsis de origen obstétrico 3.12 ¿La mujer fallecida presentó fi	iebre? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe									
3.13 ¿Sabe usted en qué momento se presentó la fiebre o calentura?	3.14 Cuando presentó la fiebre o calentura, ¿tuvo flujo vaginal maloliente?									
1. Antes de la terminación del embarazo2. Durante la terminación del embarazo	○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
3. Después de la terminación del embarazo	3.15 Cuando presentó la fiebre o calentura ¿Tenía dolor de espalda, cintura o vientre?									
 4. Antes durante y después de la terminación del embarazo 5. No sabe 	○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
3.16 ¿Sabe usted si la mujer fallecida tenía infección de vías urinarias?	○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
3.17 ¿La mujer fallecida tomó algún medicamento a causa de alguno de lo	s síntomas descritos? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe									
3.18 ¿Qué medicamento tomó? O 1. Analgésico	○ 5. No sabe									
O 2. Antibiótico	○ 4. Otro 3.18.1 ¿Cuál otro?									
O 3. Antibiótico/Analgésico										
Trastorno hipertensivo 3.19 ¿La mujer fallecida presentó dolores de cabeza severos? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe										
3.20 ¿La mujer fallecida presentó zumbidos en el oído? ○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe	3.21 ¿La mujer fallecida presentó dolor en la boca del estómago? ○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
3.22 ¿La mujer fallecida presentó visión borrosa o como luces? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe	3.23 ¿Sabe usted si la gestante presentó ataques o convulsiones? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe									
Compromiso cardiopulmonar 3.24 ¿La mujer fallecida presentó dificultad para respirar o ruidos como silbidos? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No sabe										
3.25 ¿La mujer fallecida presentó dolor en el pecho al respirar o toser?	3.26 ¿La mujer fallecida presentó labios o dedos de las manos moradas?									
○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe	○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
3.27 ¿La mujer fallecida presentó decaimiento o cansancio excesivo?	3.28 ¿La mujer fallecida presentó edema o hinchazón generalizado?									
○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe	○ 1. Si ○ 2. No ○ 3. No sabe									
4. CARACTERIZACIÓN DEL CASO										
4.1 Según la información que usted/es tiene/n, ¿Cuál fue la posible causa	de muerte de la mujer fallecida?									
5. DATOS DEL CI	ERRE DE LA AUTOPSIA VERBAL									
5.1 Anote observaciones, comentarios o explicaciones que considere releva	antes durante la autopsia verbal que no hayan sido consideradas en las preguntas:									
5.2 Apellidos y nombres y cargo de la (s) persona (s) que realizan la entrevi	ista									
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA	Α								
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA	Д								
E 2 Facho de finalización de la entrovista (della unitaria)	Nización de la cutravista	_								

Correo: sivigila@ins.gov.co