









## 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 cción 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 **FECHA DE DEFUNCIÓN** 1.1 Tipo de documento \* 1.2 Número de identificación ОРЕ ORC OTI OCC ОРА Омѕ O AS O CN O CD O sc O DE O PT \*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 1.3 Nombres v apellidos \* 2. ANTECEDENTES PERSONALES 2.1 Antecedentes personales patológicos Diabetes ■ Malaria ☐ Antecedentes de ☐ Cáncer abuso sexual ☐ VIH ☐ Hipertensión arterial ☐ Trastornos mentales ■ Enfermedades cardíacas ■ Enfermedades del tracto urinario ■ Antecedentes quirúrgicos ☐ Enfermedades autoinmunes ☐ Tuberculosis ☐ Antecedentes de violencia intrafamiliar 3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (EXCLUYENDO LOS DATOS DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE) 3.1 Antecedentes de complicaciones en embarazos, partos y pospartos anteriores ☐ Abrupción de placenta Preeclampsia ☐ Sepsis ☐ Eclampsia ☐ Placenta previa ■ Evento tromboembólico ☐ Hemorragia posparto y/o posaborto ■ Ruptura uterina ■ No aplica 3.1.1 ¿Cuáles? ☐ Dehiscencia de cicatriz uterina Retención de placenta Otras 3.2 Fecha de terminación del embarazo anterior (previo al embarazo relacionado con la muerte) 4. DATOS PRENATALES 4.1 Embarazos 4.2 Ectópicos 4.3 Cesáreas 4.4 Mortinatos 4.5 Abortos 4.6 Partos vaginales 4.7 Nacidos vivos 4.9 Realizó consulta preconcepcional O 1. Si O 2. No 3. Sin información. 4.10 ¿Durante la consulta preconcepcional se identificó algún riesgo a la mujer fallecida? 4.11 Describa el riesgo identificado en la consulta preconcepcional 4.12 Realizó control prenatal 4.13 Número C.P.N realizados 4.14 Edad gestacional al primer C.P.N 4.15 Edad gestacional al último C.P.N O 1. Si O 2. No O 3. Sin información 4.16 ¿Durante el control prenatal se identificó algún riesgo a la mujer fallecida? O 1. Si O 3. Sin información 4.18 Nivel máximo de complejidad del servicio en el 4.17 ¿Cuál fue la clasificación del riesgo obstétrico de la mujer fallecida? que realizó la mayoría de los controles prenatale 1. Bajo O 1. Baja complejidad O 2. Mediana complejidad O 2. Alto O 3. Alta complejidad 4.20 Peso al inicio 4.23 ¿En qué semana gestacional se 4.21 Peso al final 4.22 Nivel de hemoglobina más bajo 4.19 Talla en cm identificó el nivel bajo de hemoglobina? del embarazo del embarazo detectado durante el control prenatal Κg Κa 4.24 ¿Qué manejo se suministró para mejorar el nivel de hemoglobina? ☐ Recomendaciones dietarías ■ No requería manejo ☐ Sin información ☐ Micronutrientes orales (sulfato ferroso y/o ácido fólico) ☐ Otros ☐ Medicamentos parenterales (hierro, eritropoyetina, etc.) 4.24.1 ¿Cuáles?

O 1. Simple

O 2. Doble

O 3. Triple

O 4. Cuádruple o más

Correo: sivigila@ins.gov.co

4.25 ¿Según el número de fetos, el embarazo se clasificó cómo?

■ Transfusión











# 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						
# CE	ERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		FECHA	DE DEFUNCIÓN	/	1
Tino	de documento *			Núme	ro de identificac	ión *
•		OMS OAS OPE OON OCD	O SC O DE	ОРТ	io de identificac	ion
	*RC : REGISTRO CIVIL   11 : TARJETA IDENTIDAD   CC CN : CERTIFICADO DE NACIDO	C : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA D VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO	DE : DOCUMENTO E	MENOR SIN ID   AS : AD XTRANJERO   PT : PER	MISO POR PROTECCION T	EMPORAL
Nom	bres y apellidos *					
		4. DATOS PRE	NATALES			
4.26	Diagnóstico durante el embarazo y ant	es del parto				
	<ul> <li>Trastorno hipertensivo asociado al embarazo</li> </ul>	Hemorragia genital		Trombosis veno	sa profunda	☐ Trastornos mentales
	Diabetes gestacional	Anemia aguda y/o crónica	<u> </u>	Tuberculosis		☐ Ninguno
	Cardiopatía	Bacteriuria asintomática	_	Malaria		<b>□</b> Otros
	Cáncer	Infección de tracto genitourina	ario 🔲	VIH/SIDA		4.26.1 ¿Cuáles?
	Carloor					
4.07			-4:	0.4.4	0' 0 0 N-	0 0 No autos
4.27	¿La gestante se encontraba en tratam	iento farmacológico para la patología diagno	isticada?	0 1.5	Si O 2. No	○ 3. No aplica
4.28	¿El tratamiento farmacológico instaur	rado permitió control de la patología?		0 1. 9	Si 0 2. No	O 3. No aplica
	<b>.</b>	,			3 2	
	Durante el control prenatal, ¿La mujer u embarazo (IVE)?	r fallecida recibió asesoría para interrupción	voluntaria	O 1. Si	O 2. No	O 3. Sin información
4.30	¿La mujer fallecida realizó solicitud d	el procedimiento para interrupción voluntari	a del embarazo	? 0 1. Si	O 2. No	3. Sin información
4.31 ¿La mujer fallecida obtuvo respuesta frente a la solicitud del						
			O 2. No	○ 3. No a	aplica 0 4.	Sin información
proc	cedimiento para interrupción del embara	azo? 0 1. Si			<u> </u>	
4.32	cedimiento para interrupción del embara				<u> </u>	
4.32	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his	azo? 0 1. Si			<u> </u>	
4.32	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his	azo? 0 1. Si			<u> </u>	
4.32	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his	azo? 0 1. Si			<u> </u>	
4.32	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:	azo? 0 1. Si	n durante el con	trol prenatal que	no ha sido captado	o con las preguntas anteriores,
4.32 por	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS	azo? O 1. SI	n durante el con	trol prenatal que	no ha sido captado	o con las preguntas anteriores,
4.32 por	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y	ntoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran	n durante el con ES POR URGE nte el embarazo	trol prenatal que  NCIAS OCURR  (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	o con las preguntas anteriores,
4.32 por	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS	ntoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran	n durante el con ES POR URGE nte el embarazo	trol prenatal que	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	o con las preguntas anteriores,
4.32 por	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y	ntoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran	n durante el con ES POR URGE nte el embarazo	trol prenatal que  NCIAS OCURR  (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte
4.32 por	cedimiento para interrupción del embara Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y	ntoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran	n durante el con ES POR URGE nte el embarazo	NCIAS OCURR (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA	ntoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran	ES POR URGE  Inte el embarazo  DEPART	NCIAS OCURR (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE //o atenciones por urgencias ocurridas duran	ES POR URGE  Inte el embarazo  DEPART  Fecha de e  Tratamiento:	NCIAS OCURR (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE  enciones relaciona	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  O 1. Amenaza de parto pretérmino	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE //o atenciones por urgencias ocurridas durai	ES POR URGE  Inte el embarazo  DEPART	NCIAS OCURR (sin incluir las at	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  O 1. Amenaza de parto pretérmino  O 2. Ruptura prematura de membranas	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE //o atenciones por urgencias ocurridas duran INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia	ES POR URGE  Te el embarazo  DEPART  Fecha de el Tratamiento:  O 1. Tocoliticos	NCIAS OCURR (sin incluir las at	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  O 1. Amenaza de parto pretérmino	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE //o atenciones por urgencias ocurridas durai	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico	NCIAS OCURR (sin incluir las at	no ha sido captado  IDAS DURANTE enciones relaciona  MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  1. Remitida a otra institución
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  1. Amenaza de parto pretérmino  2. Ruptura prematura de membranas  3. Trastorno hipertensivo	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo) O 10. Diabetes	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / 10 egreso	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  O 1. Remitida a otra
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  1. Amenaza de parto pretérmino  2. Ruptura prematura de membranas  3. Trastorno hipertensivo  4. Placenta previa	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo) O 10. Diabetes	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / 10 egreso	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE Wood atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo) O 10. Diabetes	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / 10 egreso	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / 10 egreso	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / 10 s	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?	EL EMBARAZO  das directamente con la muerte  Departamento Municipio  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocolíticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / I s 0 8.1 s 0 8.1 s 0 8.1 s 0 10. con pulmonar 0 9.1 lación 0 10. con pulmonar 0 11.	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?	Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su casa
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / I s 0 8.1 s 0 8.1 s 0 8.1 s 0 10. con pulmonar 0 9.1 lación 0 10. con pulmonar 0 11.	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?	Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su casa
4.32 por 1	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocolíticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / I egreso  1.	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?	Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su casa
4.32 por	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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	HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN   O 7. Sepsis  O 8. Hemorragia  O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo)  O 10. Diabetes  O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / I  egreso  in pulmonar	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?  MUNICIPIO  /	Condición de alta  O 1. Remitida a otra institución  O 2. Sale para su casa
4.32 por 1	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS I Información de las hospitalizaciones y NOMBRE DE LA Fecha de ingreso  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	A Sepsis  O 1. SI  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  I/O atenciones por urgencias ocurridas dural  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo) O 10. Diabetes O 11. Otra ¿Cuál?	Fecha de e  Tratamiento:  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje  Fecha de e  Tratamiento:  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / 10 segreso 11.	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?  Amniocentesis Dieta	Condición de alta
4.32 por 1	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  0. 1. Amenaza de parto pretérmino	Actoria clínica referente al proceso de atención  HOSPITALIZACIONES Y/O ATENCIONE  Vo atenciones por urgencias ocurridas duran  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis O 8. Hemorragia O 9. Sospecha de TVP o TEP (tromboembolismo) O 10. Diabetes O 11. Otra ¿Cuál?  INSTITUCIÓN  O 7. Sepsis	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at FAMENTO / 10 segreso 11.  FAMENTO / 10 segreso 11.  FAMENTO / 10 segreso 11.	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos	Condición de alta
4.32 por 1	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  1. Amenaza de parto pretérmino  2. Ruptura prematura de membranas  3. Trastorno hipertensivo  4. Placenta previa  3. Trastorno hipertensivo  4. Placenta previa	Atoria clínica referente al proceso de atención enteria clínica enteria contra	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  4. Anticoagul  5. Antibiótico  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / I egreso  I I I I I I I I I I I I I I I I I I	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Antihipertensivos Antihipertensivos	Condición de alta  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su casa  Condición de alta  Condición de alta
4.32 por 1	Si hay algún dato importante en la his favor resúmalo acá:  5. INFORMACIÓN DE LAS Información de las hospitalizaciones y  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  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  NOMBRE DE LA  Fecha de ingreso  Razón de la hospitalización:  0. 1. Amenaza de parto pretérmino  0. 2. Ruptura prematura de membranas  0. 3. Trastorno hipertensivo  0. 2. Ruptura prematura de membranas  0. 3. Trastorno hipertensivo	Atoria clínica referente al proceso de atención enteria clínica enteria contra	Fecha de e  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje  Tratamiento:  1. Tocoliticos  2. Antibiótico  3. Maduració  4. Anticoagul  5. Transfusio  6. Cerclaje	NCIAS OCURR (sin incluir las at AMENTO / I egreso  I I I I I I I I I I I I I I I I I I	IDAS DURANTE enciones relaciona MUNICIPIO  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos Otro ¿Cuál?  Amniocentesis Dieta Manejo farmacológico Antihipertensivos	Condición de alta  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  2. Sale para su casa  Condición de alta  Condición de alta  1. Remitida a otra institución  1. Remitida a otra institución  1. Remitida a otra institución

Correo: sivigila@ins.gov.co











# 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

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN 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	OCD OSC ODE OPT				
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJI	ERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN     AS : ADULTO SIN   D   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA    DNDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL				
	ONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL				
Nombres y apellidos *					
6. DATOS REFERENTES A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZ	O 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:					
	<ul> <li>4. Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un parto</li> <li>5. Había estado embarazada en los últimos 12 meses (364 días) y tuvo un aborto</li> <li>6. Sin información</li> </ul>				
6.4 ¿Dónde ocurrió la terminación del embarazo (aborto, parto o cesárea)?	6.5 ¿Quién atendió la terminación del embarazo (aborto, parto o cesárea)?				
<ul> <li>1. Domicilio</li> <li>3. Otro (vehículo, camino, etc)</li> <li>4. No aplica (falleció durante el embarazo y no se realizó cesárea perimo</li> <li>5. Sin información en la historia clínica</li> <li>2. Institución de salud</li> </ul>	O 1. Médico gineco-obstetra O 7. Partera O 2. Médico general O 9. Nadie Ortem) O 3. Médico residente O 10. Sin información O 4. Enfermera O 8. Otro 6.5.1 ¿Cuál? O 5. Auxiliar de enfermería O 6. Estudiante de carreras afines a				
Nombre de la institución de salud donde ocurrió la terminación del embarazo					
ABORTO  6.6 Tipo de aborto  0.1. Espontáneo  0.2. Inducido  0.3. Provocado  6.7 ¿Cuál fue el método utilizado para la evacuación  0.2. Aspiración manual endouterina (AMEU)  0.3. Aspiración eléctrica	ón del producto de la concepción?  ○ 4. Dilatación y legrado  ○ 6. No aplica  ○ 7. Sin información en la historia clinica				
6.8 ¿Se realizó diagnóstico de embarazo ectópico? 6.9	¿Cuál fue el manejo del embarazo ectópico?				
O 1. Si O 2. No	1. Manejo médico O 3. Laparotomía O 5. Sin información O 4. No se hizo tratamiento				
PARTO (INCLUYE INFORMACIÓN DE CESÁREA) 6.12	El trabajo de parto fue:				
6.10 Fecha del inicio del trabajo de parto  2. inicio	De inicio espontáneo				
6.11 Lugar donde se inició el trabajo de parto 6.13	3 Tipo de parto				
	Vaginal O 3. Cesárea de emergencia Cesárea electiva O 4. Cesárea perimortem				
6.14 El lugar donde se atendió el parto fue:  O 1. Domicilio O 3. Otro (vehículo, camino, el	<ul> <li>○ 4. Sin información</li> <li>tc) ○ 2. Institución de salud</li> </ul> Nombre de la institución donde se atendió el parto				
6.15 Condición final del producto de la gestación	6.16 Condición final del producto de la gestación (segundo gemelo)				
<ul> <li>1. Nació vivo y sigue vivo</li> <li>2. Nació vivo pero murió antes de cumplir los 7 días de vida</li> <li>3. Nació vivo pero murió después de la primera semana de vida</li> <li>4. Fue aborto</li> <li>5. Muerte fetal (murió en útero y no nació)</li> </ul>	<ul> <li>1. Nació vivo y sigue vivo</li> <li>2. Nació vivo pero murió antes de cumplir los 7 días de vida</li> <li>3. Nació vivo pero murió después de la primera semana de vida</li> <li>4. Fue aborto</li> <li>5. Muerte fetal (murió en útero y no nació)</li> </ul>				
6 Nació muerto	O 6 Nació muerto				

O 7. No sabe

Correo: sivigila@ins.gov.co

O 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 DEFUNCIÓN		FECHA DE DEFUNCIÓ	ÓN /	
Tipo de documento *		Nú	mero de identificación	*
•	OAS OPE OCN OCD OSC	_		
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA C CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD : C	: IUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAP CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DO	ORTE   MS : MENOR SIN ID   AS OCUMENTO EXTRANJERO   PT : I	: ADULTO SIN ID   PE : PERMISO E PERMISO POR PROTECCION TEMP	SPECIAL DE PERMANENCIA   ORAL
Nombres y apellidos *				
	7. DATOS DEL PUER	RPERIO		
7.1 ¿Dónde ocurrió el alumbramiento?	7.2 Fecha en la cual ocurrió el alumbran (dd/mm/aaaa)	niento 7.4 ¿Quién	atendió el alumbramiento	o?
<ul> <li>1. Domicilio</li> <li>3. Otro (vehículo, camino, etc)</li> <li>4. No aplica</li> <li>5. Sin información</li> <li>2. Institución de salud</li> </ul>	7.3 Hora de defunción (Hora militar)	O 2. Médic O 3. Médic O 4. Enfer	co residente	<ul><li>9. Nadie</li><li>10. Sin información</li><li>8. Otro</li><li>7.4.1 ¿Cuál?</li></ul>
Nombre de la institución de salud donde se atendió el alumbramiento	:		liante de carreras salud	
7.5 ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?	O 1. Si O 2. No	O 3. No aplica	O 4. Sin informacio	ón
7.6 ¿Se realizó vigilancia adecuada durante las dos	primeras horas del puerperio?	1. Si O 2. No	O 3. No aplica	O 4. Sin información
7.7 ¿Hubo hemorragia posparto?	O 1. Si O 2. No	O 3. No aplica	O 4. Sin informacio	ón
<ul> <li>7.8 En qué momento se identificó la hemorragia poste</li> <li>1. En las dos primeras horas de posparto</li> <li>2. Entre la segunda y la sexta hora de pospato</li> <li>3. Entre 7 y 24 horas de posparto</li> <li>4. Más de 24 horas de posparto</li> <li>5. Sin información</li> </ul>	<ul><li>1. Atonía</li><li>2. Retención de</li><li>3. Placenta ácr</li><li>4. Ruptura uter</li></ul>		<ul><li>6. Inversión</li><li>7. Trastorno</li><li>8. Sin inforr</li></ul>	de la coagulación
7.10 Otras complicaciones en el puerperio				
<ul> <li>1. Endometritis</li> <li>2. Peritonitis</li> <li>3. Septicemia/ choque séptico</li> <li>4. Eclampsia / preeclampsia</li> </ul>	<ul> <li>5. Embolia obstétrica</li> <li>6. Depresión posparto</li> <li>8. No hubo complicaciones</li> <li>9. No aplica (falleció antes de (durante el trabajo de parto)</li> </ul>	I puerperio	O 10. Sin información O 7. Otras 7.10.1 ¿Cua	
7.11 Amplíe la respuesta si considera necesario.				
8. INFORMACIÓN REFERENTE A LAS	ATENCIONES CLÍNICAS DEL EV	ENTO FINAL QUE	CONDUJO AL DECI	ESO DE LA MUJER
8.1 ¿La mujer fallecida venía remitida de otra(s) instit	tución(es) de salud? O 1. Si	O 2. No		
8.2 ¿En qué momento se realizó la remisión a la últin	na institución donde fue atendida la muje	er fallecida?		
○ 1. Embarazo ○ 2. Trabajo de p	arto O 3. Parto	O 4. Posparto o pos	saborto	5. Sin información
8.3 Diagnóstico (s) de ingreso a la última institución				
8.4 Diagnóstico (s) de egreso en la última institución	i donde fue atendida la mujer fallecida			

Correo: sivigila@ins.gov.co











# 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

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	FECHA DE DEFUNCIÓN / /
ipo de documento *	Número de identificación *
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN	OCD OSC ODE OPT
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJE CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCC	IERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   ONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL
lombres y apellidos *	
	AS DEL EVENTO FINAL QUE CONDUJO AL DECESO DE LA MUJER
8.1 Resumen de las atenciones clínicas durante el evento final que condujo al de	eceso de la mujer
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO Departamento Municipio
Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa) Fech	ha 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 relevar	ntes al examen físico del ingreso y los resultados de las pruebas complementarías o exámenes).
> Diagnósticos iniciales y tratamiento administrado (Indique posología de los medicam	mentos y en caso de procedimientos quirúrgicos o invasivos, una breve descripción de estos).
1	
> Evolución durante la estancia hospitalaria (indique brevemente los cambios relevant	tes en el estado de la paciente, las complicaciones y los nuevos diagramas si se presentan).
<ul> <li>Cambios en el tratamiento (indique brevemente los cambios relevantes en el tratam describa aquí esta situación).</li> </ul>	niento de la paciente y la justificación para estos cambios. Si la paciente falleció en la institución
> Motivo de la remisión (indique brevemente el motivo de la remisión y las situacione	es asociadas. Si la paciente falleció en la institución omita este recuadro).
+0'	desea agregar una atención clínica de otra institución, imprima esta hoja nuevamente





RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE 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

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	FECHA DE DEFUI	NCIÓN / / /			
Tipo de documento *		Número de identificación *			
DRC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OC	D OSC ODE OPT				
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDU	- PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID JCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO	AS : ADULTO SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL			
Nombres y apellidos *					
9. DIAGNÓSTICOS AN	IATOMOPATOLÓGICOS	3			
9.1 ¿Se realizó algún estudio anatomopatológico diferente a la necropsia?	O 1. Si O	2. No O 3. Sin información			
9.2 ¿Se realizó necropsia?	O 1. Si O	2. No O 3. Sin información			
9.3 Resultado de los estudios anatomopatológicos realizados					
10. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	QUE DILIGENCIA EL FO	DRMULARIO (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