


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	
CAUSA FINAL PROBABLE:	CIE-10
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:	CAUSA GENÉRICA
CAUSA BÁSICA PROBABLE:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional <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.