

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL

SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL

DISA / DIRESA / GERESA	DISTRITO
ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE	RESPONSABLE
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO (1)	EDAD GESTACIONAL (semanas)	NACIMIENTO		MUERTE		PESO AL NACER (gramos)	TIPO DE MUERTE		CAUSA BÁSICA DE MUERTE (2)	DIAGNÓSTICO CIE10	Nº DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA *	LUGAR DEL PARTO (3)	MOMENTO DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO			LUGAR DE LA MUERTE (4)	RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE					
				FECHA	HORA	FECHA	HORA		FETAL	NEONATAL					ANTEPARTO	INTRA-PARTO	POST-PARTO		Dpto.	Prov.	Distrito			
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								

Anexo 1 de la R.M. 279-2009/MINSA

* Número de días de estancia hospitalaria: consignar solo para los casos de muerte neonatal.

(1) SEXO: **F** = FEMENINO **M** = MASCULINO

(2) CAUSA BÁSICA DE MUERTE: Es la entidad que inicia la cadena de acontecimientos que conducen a la muerte fetal o neonatal (CIE X) Solo se anotará una causa que aparece como causa básica en el certificado de defunción

(3) LUGAR DEL PARTO: Colocar **PI** cuando es parto institucional y **PD** cuando sea parto domiciliario

(4) LUGAR DE LA MUERTE: Consignar **ES** cuando la muerte ocurrió en un establecimiento de Salud o **CC** cuando la muerte ocurrió en la comunidad