




NTS N°227-MINSA/CDC-2025
NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

 		ANEXO 1 FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA			
I. DATOS NOTIFICACIÓN					
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DE LA NOTIFICACIÓN (24 horas) : Horas ____/Minutos ____		
DIRIS/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA:			RED DE SALUD:		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE:					
IDENTIFICADO POR: Vigilancia Activa : Búsqueda Comunitaria <input type="checkbox"/> Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/> Vigilancia Pasiva <input type="checkbox"/>					
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: MINSA/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			N° DE HISTORIA CLÍNICA	
DOMICILIO :					
Tipo de vía (Jr. Calle, pasaje)	Nombre de la vía	N° de puerta	Tipo de Agrupamiento (Urb. AA.HH, caserío)	Nombre del Agrupamiento	Manzana Lote Referencia
DEPARTAMENTO (Procedencia):			PROVINCIA:		DISTRITO:
III. DATOS DEL FALLECIMIENTO					
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Embarazo que termina en aborto* <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> ≥43 días - < 1 año (tardía) <input type="checkbox"/> ≥1 año (secuelas) <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 DEL FALLECIMIENTO: EESS MINSA/ Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Traslado referencia institucional <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO _____					
DEPARTAMENTO (Fallecimiento):			PROVINCIA:		DISTRITO:
REFERENCIA					
REFERIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EES ORIGEN DE LA REFERENCIA:			
DEPARTAMENTO (Origen de la referencia)			PROVINCIA:		DISTRITO:
CAUSAS PROBABLES DE DEFUNCIÓN			CIE-10		CAUSA GENÉRICA
CAUSA FINAL:					<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA INTERMEDIA:					<input type="checkbox"/> Trastorno hipertensivo
CAUSA BÁSICA:					<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
					<input type="checkbox"/> Otra causa _____
CLASIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA MUERTE MATERNA:					
DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> TARDIA DIRECTA <input type="checkbox"/> TARDIA INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL <input type="checkbox"/> POR SECUELAS <input type="checkbox"/>					
NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE		PROFESIÓN		CARGO	FIRMA

*Incluye embarazo que termina en aborto, embarazo molar, ectópico.

CAUSA FINAL: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal.

CAUSA INTERMEDIA: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.

CAUSA BÁSICA: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos morbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.

NTS N°227-MINSA/CDC-2025
NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

		ANEXO 2 FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA			
I. DATOS DE LA FALLECIDA					
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):	
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ N° DNI/CARNET DE EXT. _____ N° HC: _____					
EDAD: <input type="text"/> Años GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____ PUEBLO INDIGENA*: Especificar: _____					
HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA**: Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿hablaba castellano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
NIVEL EDUCATIVO : Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
OCUPACIÓN: _____ TIPO DE SEGURO: SIS <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ No tiene seguro <input type="checkbox"/>					
DOMICILIO HABITUAL:					
Tipo de vía (Jr./Calle/avenida)		Nombre de la vía		N° puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AA.HH/barrio/comunidad)
Nombre agrupamiento		Manzana		Lote	Referencia
DEPARTAMENTO: (Procedencia)		PROVINCIA:		DISTRITO:	
II. DATOS DE FALLECIMIENTO					
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____		
DEPARTAMENTO: (fallecimiento)		PROVINCIA:		DISTRITO:	
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo*** <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> ≥ 43 días - < 1 año (tardía) <input type="checkbox"/> ≥ 1 año (Por secuelas) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediano <input type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <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"/>					
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS MINSA/Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EESS ESSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Traslado referencia institucional <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____					
NOMBRE DEL EESS DE FALLECIMIENTO (solo para muerte institucional) _____					
CATEGORÍA DEL EESS : I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
FECHA DE INGRESO AL EESS : Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico G-O <input type="checkbox"/> Médico intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Desnutrición crónica <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Violencia de género					
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)					
N° Embarazos previos <input type="text"/> N° Total Partos <input type="text"/> N° Cesárea <input type="text"/> N° Abortos <input type="text"/> N° Nac. vivos <input type="text"/> N° Nac. muertos <input type="text"/>					
N° de hijos que viven <input type="text"/> Período Inter-genésico: _____ años _____ meses Complicaciones en embarazos anteriores : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual)					
No uso <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					

NTS N°227-MINSA/CDC-2025
NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO	
ATENCIÓN PRENATAL (APN)	
ATENCIÓN PRENATAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primera Atención I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> Número de APN <input style="width: 50px;" type="text"/>	
NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES: _____	
CATEGORÍA DEL EESS : I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Número de visitas <input style="width: 50px;" type="text"/> SE REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA APN: Médico G-O <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> : _____ Desconocido <input type="checkbox"/>	
COMPLICACIONES	
TUVO COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> RPM más de 12 horas <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
PARTO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Parto distócico <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado <input type="checkbox"/> Alumbramiento incompleto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
PUERPERIO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	
REFERENCIA	
Referida: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de referencias institucionales: <input style="width: 50px;" type="text"/>
CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:	
FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____	
FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE EGRESO: Horas _____ Minutos _____	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico G.O <input type="checkbox"/> Médico Intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> _____ Desconocido <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL EESS: _____	
DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____	
CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:	
FECHA DE INGRESO AL EESS: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____	
INSTITUCIÓN: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL EESS : _____	
TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: _____ Días _____ Horas _____	
ATENCIONES - HOSPITALIZACIONES (embarazo, parto o puerperio actual)	
HOSPITALIZACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁNTAS <input style="width: 50px;" type="text"/> EMBARAZO MÚLTIPLE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° de fetos <input style="width: 50px;" type="text"/>	
REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN: SANGRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE PARTO O ABORTO: Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE PARTO O ABORTO : Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No aplica <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PARTO: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
MANEJO ACTIVO PARTO TERCER PERIODO (extracción placenta) : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO/ABORTO: Médico G.O <input type="checkbox"/> Médico Intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar _____ Desconocido <input type="checkbox"/>	

NTS N°227-MINSA/CDC-2025
NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

V. DEMORAS (Llenar en todos los casos, revisado por el CPMMFyN)		
1ra DEMORA	En la Identificación del problema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2da DEMORA	En la decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3ra DEMORA	En acceder a los servicios de salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4ta DEMORA	En recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VI. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todos los casos, revisado por el CPMMFyN)		CIE-10
CAUSA FINAL:		<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Trastorno Hipertensivo <input type="checkbox"/> Infección obstétrica <input type="checkbox"/> Otras directas <input type="checkbox"/> Indirectas <input type="checkbox"/> Incidentales <input type="checkbox"/> Otra causa: _____
CAUSA INTERMEDIA:		
CAUSA BÁSICA:		
CAUSA ASOCIADA:		
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO - CAUSA CIE-10 _____		
VII. CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE:		
DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL <input type="checkbox"/> TARDÍA DIRECTA <input type="checkbox"/> TARDÍA INDIRECTA <input type="checkbox"/> POR SECUELA <input type="checkbox"/>		
VIII. ANALISIS DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL		
MM ANALIZADA EN CPMMFYN: Hospitalario/Instituto <input type="checkbox"/> MICRORED/RED <input type="checkbox"/> Regional/Diris <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> No analizada <input type="checkbox"/>		
ACTA DE COMITÉ: : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE ANÁLISIS DE LA MUERTE: Día _____ Mes _____ Año _____		
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____ _____ _____		
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN INVESTIGA:	CARGO:	FIRMA Y SELLO:
PROFESIÓN: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____		

*De la lista de pueblos indígenas u originarios

**Lista de lenguas indígenas u originarias



***Incluye embarazo que termina en aborto, embarazo molar, ectópico.

1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: La gestante, la familia o la comunidad no reconoció los signos de alarma.

2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.

3era DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD: Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. **4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO:** Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

NTS N° 227 - MINSA/CDC - 2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	ANEXO N° 4	
FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DE MUERTE MATERNA					
I. DATOS DE LA FALLECIDA					
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):	
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____			N° DNI/CARNET DE EXT.: _____		EDAD: <input type="text"/> (años)
OCUPACIÓN: _____ GRUPO ÉTNICO: Especif: _____ PUEBLO INDÍGENA*: Especif: _____					
HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA**: Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿hablaba castellano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
DOMICILIO HABITUAL (de la fallecida):					
Tipo de vía (Jr./Calle/Avenida)	Nombre de la vía	N° puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre de agrupamiento	Manzana Lote Referencia
DEPARTAMENTO: (Procedencia de la fallecida)		PROVINCIA:		DISTRITO:	
II. DATOS DE FALLECIMIENTO					
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____		
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:					
¿La mujer murió en estado de gestación?: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses de embarazo tenía la fallecida?: _____ No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
¿La mujer murió durante el parto o en trabajo de parto (Dilatación, expulsivo, alumbramiento)?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿La mujer murió después del parto? (después de la salida de la placenta): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
DEPARTAMENTO: (Donde ocurrió la muerte)		PROVINCIA:		DISTRITO:	
III. ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS - SOCIALES (Describir si la fallecida tenía enfermedades, problemas sociales, problemas familiares - escribir tal cual lo refiera el entrevistado)					
Liste las Enfermedades/problemas		Desde cuando la tenía		Tratamiento recibido	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)					
N° Embarazos previos <input type="text"/>		N° Partos vaginales <input type="text"/>		N° partos por cesárea <input type="text"/>	
N° Nacidos vivos <input type="text"/>		N° Nacidos muertos <input type="text"/>		N° de hijos que viven <input type="text"/>	
Fecha del parto/aborto anterior: Día _____ Mes _____ Año _____				N° Abortos (Hasta las 21 semanas) <input type="text"/>	
				Provocados: <input type="text"/>	
				Espontáneos: <input type="text"/>	
IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL					
Atención prenatal (APN): Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántas APN tuvo? <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>					
Llenar en sólo para mujeres que hubieran tenido PARTO o ABORTO					
Fecha de parto o aborto: Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/>					
Lugar de parto o aborto: Domicilio <input type="checkbox"/> En establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					
Tipo de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>					
Responsable de la atención parto o aborto: Médico Gineco Obstetra <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
¿Se realizaron maniobras durante el embarazo, parto, o para retirar la placenta? Indicar cuáles: _____					
La fallecida ingirió algún preparado/medicamento: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Explique cual: _____					
Fue indicado/recetado por: Personal de salud <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Explique: _____					
¿Dónde y cómo lo adquirió? Explique: _____					

*De la lista de pueblos indígenas u originarios. **Lista de lenguas indígenas u originarias.

NTS N° 227 - MINSA/CDC - 2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

V. DEMORAS

¿Identificaron signos de peligro?: SI ☐ NO ☐ Explique: _____

Inicio de síntomas o signos de peligro: Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: Hrs _____ Min _____

¿Quién identificó los signos peligro?: Ella misma ☐ Pareja ☐ Familiar ☐ Otro ☐ Especificar: _____

¿Buscaron ayuda?: SI ☐ NO ☐ Explique (A quienes buscaron para pedir ayuda, registrar en orden): _____

¿Quién tomó la decisión de buscar ayuda?: Ella misma ☐ Pareja ☐ Familiar ☐ Otro ☐ Especificar: _____

¿Cuánto tiempo demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de sus molestias?: _____ Horas _____ Minutos

¿Se tuvo dificultad con el acceso a servicios de salud?: SI ☐ NO ☐ Explique (inaccesibilidad geográfica, distancia, transporte, creencias /costumbres, otro): _____

¿Tiempo que demoró desde el inicio de sus molestias hasta llegar al EESS?: _____ Horas _____ Minutos

Solo para las que llegaron a EESS

¿Tuvo dificultades para ser atendida en el EESS?: SI ☐ NO ☐ Explique (económicas, idioma, trámites, demora en atención, mala atención, otro): _____

Tiempo que demoró desde que llegó al EESS hasta que fue atendida: _____ Horas _____ Minutos

¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano?: Puesto de Salud ☐ Centro de Salud ☐ Hospital ☐

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al hospital más cercano?: Hrs: _____ Min: _____ Vía usual: _____ (carretera, a pie, bote)

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al centro/puesto de salud más cercano?: Hrs: _____ Min: _____ Vía usual: _____ (carretera, a pie, bote)

VI. PROBABLES CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Escribir tal cual lo refiera el entrevistado)

SIGNOS y SÍNTOMAS

¿Qué síntomas o molestias tenía la fallecida y desde cuándo? (Sangrado, palidez, pérdida de líquido, flujo mal oliente, dolor, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, convulsiones, hinchazón de cara, dolor en el estómago, debilidad, ansiedad, cefalea, parto obstruido/niño no podía nacer, etc.)

Recuerde las últimas 72 horas (3 días) de vida de la fallecida: ¿Qué sucedió? ¿Realizo algún viaje recientemente?

Nombre de la persona que brindó información: _____ Lugar de la entrevista: _____

Relación con la fallecida: Madre ☐ Padre ☐ Pareja ☐ Partera ☐ Vecino ☐ Familiar ☐ Otro ☐ Especificar: _____

OBSERVACIONES: Anote otra información relevante: _____

NOMBRES Y APELLIDOS QUE REALIZA LA AUTOPSIA VERBAL:

FECHA Y HORA:

PROFESIÓN Y CARGO:

FIRMA Y SELLO: