INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Ficha de notificación
Subsistema de información SIVIGILA

Morbilidad materna extrema código INS: 549

Evento de notificación inmediata

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS — **FOR-R02.0000-049 V:01 AÑO 2015**

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA |- PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID

5. SISTEMA DE REFERENCIA

5.1 ¿La paciente fue remitida?	5.2 Institución de referencia 1	5.3 Institución de referencia 2	5.4 Tiempo del trámite de remisión
○ 1. Sí ○ 2. No			Horas

6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1 Número de gestaciones	6.2 Partos vaginales	6.3 Cesáreas	6.4 Abortos	6.5 Molas	6.6 Ectópicos	6.7 Muertos	6.8 Vivos

6.9 Período intergenésico ____ Años

6.10 Regulación de la fecundidad

○ 1. no usó métodos por desconocimiento
○ 2. no usó métodos por problemas administrativos
○ 3. no usó métodos por que no deseaba
○ 4. natural
○ 5. dispositivo intrauterino
○ 6. hormonal
○ 7. barrera
○ 8. quirúrgico
○ 9. otro

Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores

6.11 número de controles prenatales ____

6.12 Semanas al inicio CPN ____

6.13 Terminación de la gestación

○ 1. Aborto ○ 2. Parto ○ 3. Parto instrumentado ○ 4. Cesárea ○5. Continúa embarazada

6.14 Edad de gestación al momento de ocurrencia ____ Semanas

6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación

○ 1. Antes ○ 2. Durante ○ 3. Después

6.16 Estado del recién nacido

○ 1. Vivo ○ 2. Muerto

6.17 Multiplicidad

○ 1. Sí
○ 2. No

6.18 Peso del recién nacido ____

Peso RN si hay mas de dos producto

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

7.1 Enfermedad específica

7.1.1 Eclampsia	7.1.2 Choque séptico	7.1.3 Choque hipovolémico
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No

7.2 Falla orgánica

7.2.1 Cardíaca	7.2.2 Vascular	7.2.3 Renal	7.2.4 Hepática
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No
7.2.5 Metabólica	**7.2.6 Cerebral**	**7.2.7 Respiratoria**	**7.2.8 Coagulación**
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No

7.3 Manejo específico

7.3.1 Ingreso a UCI	7.3.2 Cirugía adicional	7.3.3 Transfusión
○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No	○ 1. Sí ○ 2. No

TOTAL DE CRITERIOS ____

8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

ESTANCIA HOSPITALARIA

8.1 Días de estancia hospitalaria	8.2 Días de estancia en ciudado intensivo	8.3 Unidades transfundidas
____ Días	____ Días	____ Unidades

Incluir glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado o crioprecipitados

MANEJO QUIRÚRGICO

8.4 Cirugía adicional 1 ○ 1. Histerectomía ○ 2. Laparotomía ○ 3. Legrado ○ 4. Otra **8.4.1 ¿Cuál otra?**

8.5 Cirugía adicional 2 ○ 1. Histerectomía ○ 2. Laparotomía ○ 3. Legrado ○ 4. Otra **8.5.1 ¿Cuál otra?**

9. CAUSAS DE MORBILIDAD

9.1 Causa principal (CIE 10): Código ____

9.1.1 Causa principal agrupada

☐ 1. Trastornos hipertensivos
☐ 2. Complicaciones hemorrágicas
☐ 3. Complicaciones de aborto
☐ 4. Sepsis de origen obstétrico
☐ 5. Sepsis de origen no obstétrico
☐ 6. Sepsis de origen pulmonar
☐ 7. Enf. Preexistente que se complica
☐ 8. Otra causa

9.2 Causa asociada (CIE 10): Código ____

9.3 Causa asociada (CIE 10): Código ____

9.4 Causa asociada (CIE 10): Código ____

Fecha de egreso (dd/mm/aaaa) ____

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com