



Ministerio
de Salud

Dirección
General



FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DEL NEONATO

I. DATOS DE LOS RESPONSABLES QUE APLICAN LA AUTOPSIA VERBAL:

1. DIRESA: _____
2. Red de Salud: _____
3. Micro red de Salud: _____
4. Establecimiento de Salud: _____
5. Nombre y apellido del responsable del llenado de la ficha _____
6. fecha de recolección de datos: dd/mm/aaaa: _____

II. DATOS DE LOS INFORMANTES:

7. Persona a la que se entrevista: 1. Madre 2. Padre 3. Otros: especifique _____

III. DATOS GENERALES:

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE:

8. Dirección: _____
9. Comunidad/sector/barrio: _____
10. Distrito: _____
11. Provincia: _____
12. Departamento: _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN NEONATAL:

13. Apellidos y nombres del neonato: Ap. Paterno: _____
Ap. Materno: _____ Nombres: _____
14. Sexo: 1. Masculino. 2. Femenino. 3. No determinado.
15. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hora: _____
16. Fecha de fallecimiento al morir: _____ Días _____ Horas: _____

IV. PERFIL SOCIO FAMILIAR:

- | | Vive | Edad | Instrucción | Procedencia | Ocupación |
|------------|-------|-------|-------------|-------------|-----------|
| 18. Madre: | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 19. Padre: | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
20. La madre vive con su pareja: 1. Si 2. No
 21. La madre integra algún comité de madres o grupo de ayuda en la comunidad:
1. Si 2. No si la respuesta es Si indique nombre de la organización: _____
 22. Número de hijos(as) que ha tenido antes del actual fallecido: _____ vivos
_____ muertos
 23. Su anterior hijo(a) está vivo: 1. Vivo 2. Muerto.
 24. Hace cuanto tiempo fue su último parto o aborto / pérdida: _____ años _____ meses
 25. El neonato que falleció fue hijo deseado: 1. Si 2. No

[illegible]

VII. SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO:

54.- El / la bebe recibió control del personal de salud a la semana de nacido:

1. Si 2. No Lugar donde recibió el control: 1. Domicilio 2. Establecimiento de salud

55.- El / la bebé recibió control del personal de salud a la tercera semana de nacido:

1. Si 2. No Lugar donde recibió el control: 1. Domicilio 2. Establecimiento de salud.

57.- Cuanto tiempo después que notaron que el / la bebé estable esfermo fue atendido por el personal de salud:

_____ horas _____ días _____ no tuvo atención.

VIII. DATOS DE LA RUTA PARA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:

58.- Acuanto tiempo se encuentra el establecimiento de salud más cercano a su domicilio:

1.- El Centro de Salud más cercano _____ Hrs./Min. NS _____

2.- El Hospital más cercano _____ Hrs. / Min. NS _____

59.- ¿Cuáles son los medios de transporte utilizados para ir al establecimiento de salud en caso de emergencias?

IX.- DETERMINACIÓN DE LA PROBABLE CAUSA DE MUERTE NEONATAL.

60.- Edad del recinacido al inicio de la enfermedad: _____ días / horas.

61.- Durante de la enfermedad. _____ días.

62.- Marque con una X en los casilleros los signos que presentó la niña o niño antes del fallecimiento. Para ello utilice el siguiente cuadro:

Items	SINTOMA	MARCA
A	No lloró al nacer o demoró llorar al nacer	
B	Lloraba mucho (IRRITABILIDAD)	
C	No podía lactar / lactaba poco	
D	Vomitaba todo lo que tomaba (VOMITO)	
E	Respiraba agitado y/o con ruidos (DIFICULTAD PARA RESPIRAR)	
F	Estaba muy caliente o muy frío (FIEBRE O HIPOTERMIA)	
G	Se movía menos de lo normal o no podía despertar (LRTARGICO)	
H	Se puso moradito en sus cara, manos y cuerpo (CIANOSIS)	
I	Se puso pálido	
J	El ombligo estuvo rojo o con pus	
K	Tuvo ataques o temblores (CONVULSIONES)	
L	Su cuerpo estaba amarillo (ICTERICO)	
M	Sus ojos estaban con pus	
N	Tenia granos con pus en todo el cuerpo	
O	Se le hinchó su barriga (DISTENSIÓN ABDOMINAL)	
P	Tuvo sangrado: vómitos y/o deposiciones con sangre, y/o manchas moradas en la piel.	
Q	Diarrea con sangre / pues o moco	
R	Tenia defectos físicos de nacimiento.	
	¿Cuáles?	

Los criterios para el diagnóstico de probable causa básica son los siguientes:

- Dificultad respiratoria neonatal: para ello considere los items: E con o sin H + C
- Sepsis bacteriana del recién nacido: para ello considere los items: E con 3 o más del listado de signos y con antecedentes de factores de riesgo maternos como son: ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas, fiebre materna, parto séptico, líquido amniótico meconial mal oliente espeso o purulento, trabajo de parto prematuro, trabajo de parto prolongado mayor de 12 horas, corioamnionitis, infecciones maternas tales como infección urinaria y más de 6 tactos durante el trabajo de parto.
- Asfixia al nacer: para ello considere el ítem A.
- Otras causas (especifique) _____

X. CONCLUSIONES:

63.- ¿Cuáles fueron los factores extramurales que intervinieron en esta muerte?

64.- ¿Cuáles fueron los factores intra murales que intervinieron en esta muerte?

65.- Esta muerte pudo ser evitada: 1. Si () 2. No ()

Nombre y Firma del responsable
Que aplicó la ficha.

Profesional