

19000000001

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

La información de este bloque deberá ser llenada por funcionarios de las Oficinas del Registro Civil, en el momento de la inscripción.

USO INEC Fecha de crítica

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL:

USO INEC				Oficina No.
----------	--	--	--	-------------

____/____/____
Año Mes Día

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____
Año Mes Día

PROVINCIA:

2) CANTÓN:

4) CODIGO SECUENCIAL O
ACTA DE INSCRIPCIÓN:

(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)

PARROQUIA URBANA O RURAL:

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR / AUTOPSIADO POR	10) LUGAR DE OCURENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1	Uno <input type="checkbox"/> 1	Médico/a <input type="checkbox"/> 1	<p>Código de establecimiento de salud</p> <p>10.1) Lugar donde ocurrió la defunción fetal</p> <p>10.2) Provincia / 10.3) Cantón</p> <p>10.4) Parroquia urbana o rural</p> <p>10.5) Dirección / 10.6) Teléfono</p> <p>Sello de la institución que certifica la defunción fetal</p>
Mujer <input type="checkbox"/> 2	Dos <input type="checkbox"/> 2	Obstetriz/Obstetra <input type="checkbox"/> 2	
Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	Tres <input type="checkbox"/> 3	Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3	
6) CRITERIOS DE NOTIFICACIÓN	Cuatro <input type="checkbox"/> 4	Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4	
6.1) PESO	Cinco <input type="checkbox"/> 5	Partero/a calificado/a (comadrona, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 5	
<input type="text"/> Gramos	Seis <input type="checkbox"/> 6	Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6	
6.2) SEMANAS DE GESTACIÓN	Siete <input type="checkbox"/> 7	Otro Especifique <input type="checkbox"/> 7	
<input type="text"/> Semanas	Ocho <input type="checkbox"/> 8	Médico/a Legista <input type="checkbox"/> 8	
6.3) TALLA	Nueve <input type="checkbox"/> 9		
<input type="text"/> cm.	Diez <input type="checkbox"/> 10		
7) FECHA DE OCURENCIA	En el caso de no ser único se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.		
____/____/____ Año Mes Día			

11) DESCRIBIR LA CAUSA, ENFERMEDADES O AFECCIONES DEL FETO

Escriba la causa que produjo la defunción fetal en el renglón respectivo. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).

USO INEC			
----------	--	--	--

CIE - 10

12) ENFERMEDAD, AFECCIÓN O TRAUMATISMO MATERNO QUE AFECTO AL FETO (En el caso de tenerlo):

Escriba la enfermedad, afección o traumatismo de la madre si la tuviera. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC).

USO INEC			
----------	--	--	--

CIE - 10

CAUSA DE DEFUNCIÓN FETAL (USO INEC)

USO INEC			
----------	--	--	--

CIE - 10

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

El Informe Estadístico de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para la inscripción de la defunción fetal en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

DEFINICIÓN DE DEFUNCIÓN FETAL.- Según (CIE-10, edición 2015, volumen 2 página 173) "Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, la pulsaciones del cordón umbilical o el movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria".

Criterios de notificación de Defunción Fetal

Según (CIE-10, edición 2015, volumen 2 página 175) "Los requerimientos legales para el registro de las muertes fetales y de los nacimientos vivos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. De ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos. Cuando no puede obtenerse información sobre el peso al nacer deben utilizarse los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben aplicarse según el orden siguiente: 1) peso al nacer, 2) edad gestacional, 3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de los fetos y recién nacidos que pesan entre 500 g y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable por su propio valor y también porque mejora la información de los registros de los casos que pesan 1000 g y más".

¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL?

- Cuando la defunción fetal ocurriera en un establecimiento de salud ATENCIÓN PROFESIONAL (médico/a), el IEDF debe ser llenado por dichos profesionales, desde la pregunta 5 a la 26, a excepción de los espacios sombreados (USO INEC). Las preguntas desde 1 a la 4 deben ser llenadas por los funcionarios/as de las Oficinas del Registro Civil al momento de la inscripción de la defunción fetal.
- Si la defunción fetal ocurriera SIN ATENCIÓN PROFESIONAL (médico/a), el IEDF debe ser llenado por la persona que asistió la defunción fetal, únicamente las preguntas que corresponden, y anotar en Observaciones cualquier indicación que permita aclarar algún dato.
- Para las defunciones fetales EN CASA CON ATENCIÓN PROFESIONAL (médico/a), el profesional debe dotar el IEDF a la madre del nacido muerto, en caso de no disponer del formulario, el profesional deberá solicitar al INEC un usuario para descarga del IEDF, y anotar en Observaciones cualquier indicación que permita aclarar algún dato.
- Para las defunciones fetales EN CASA SIN ATENCIÓN PROFESIONAL (médico/a), el IEDF debe ser llenado por los funcionarios/as de Registro Civil en todas las preguntas que disponga de información (incluyendo la pregunta 27), de acuerdo a la declaración de los dos testigos que presenciaron la defunción fetal y dejando los espacios USO INEC en blanco, y anotar en Observaciones cualquier indicación que permita aclarar algún dato.

Consideraciones Generales

- Se requiere que la información que se consigna sea completa y veraz.
- El llenado IEDF debe ser con marcas bien definidas, letra clara, legible, en imprenta, sin borrones ni enmendaduras.
- Respetar los espacios designados para el uso INEC.
- Una vez firmado IEDF el informe original deberá ser entregado a la madre del nacido muerto para que Registro Civil proceda con la inscripción.
- Una vez realizada la inscripción el Registro Civil deberá enviar IEDF original al INEC.
- Los establecimientos de salud, médicos/as particulares o las oficinas del Registro Civil pueden sacar una copia del IEDF para su archivo.
- Para la entrega de un nuevo IEDF por pérdida o deterioro la madre o el padre del nacido muerto deberá presentar el certificado de constancia de no inscripción emitido por el Registro Civil y la solicitud donde exprese el pedido de un nuevo IEDF al establecimiento de salud o médico/a particular que certificó el hecho.

Consideraciones Específicas

- 1) Anotar el nombre de la Oficina de Registro Civil donde se inscribe la defunción fetal.
- 2) Anotar el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde se realizó la inscripción de la defunción fetal.
- 3) Anotar el año, mes y día en el que se efectuó la inscripción de la defunción fetal.
- 4) Anotar el código secuencial o número de acta de inscripción de la defunción fetal.

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

- 5) **Sexo.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
- 6) **Criterios de notificación**
 - 6.1) **Peso.-** Anotar el peso en gramos. Rango válido 500 a 5500 gramos.
 - 6.2) **Semanas de gestación.-** Anotar en la casilla correspondiente. Rango válido desde las 22 hasta 42 semanas, si existieran casos que no se encuentren dentro del rango permitido anote en el campo observaciones.
 - 6.3) **Talla.-** Anotar la talla en centímetros, medida desde el talón a la coronilla. Rango válido 25 a 55 cm.
- 7) **Fecha de ocurrencia.-** Anotar el año, mes y día en que ocurrió la defunción fetal.
- 8) **Producto del embarazo.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
Si marcó las casillas (2), o (3), o (4), o (5)...(10) y todos nacieron muertos, se debe llenar un formulario por cada nacido muerto.
- 9) **Asistido por / autopsiado por.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
- 10) **Lugar de Ocurrencia.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
Para las defunciones fetales ocurridas en casa u otro lugar anotar desde la pregunta 10.2 a la 10.6.
- 11) **Describir la causa, enfermedades o afecciones del feto.-** Anotar la causa original o básica que produjo la defunción fetal, la misma que debe ser informada por el profesional (médico/a o médico/a legista) que atendió el hecho.
La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC.
- 12) **Enfermedad, afección o traumatismo materno que afecto al feto.-** Anotar la enfermedad, afección o traumatismo materno que afecto al feto si fuera el caso.
El profesional (médico/a o médico/a legista) debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica.
La codificación de la CIE-10 es exclusiva del INEC.

19000000001

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL (IEDF)

(B) DATOS DE LA MADRE

13) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O IDENTIDAD / PASAPORTE / OTROS Campo obligatorio, asegúrese de copiar textualmente el número de la cédula ciudadanía o identidad / pasaporte / otros.		14) APELLIDOS Y NOMBRES Campo obligatorio, en el que debe constar los apellidos y nombres idénticos a los registrados en la cédula ciudadanía o identidad, partida de nacimiento / pasaporte / otros.		15) NACIONALIDAD Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 USO INEC Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → Nombre del país	
Año <input type="text"/> <input type="text"/> / Mes <input type="text"/> <input type="text"/> / Día <input type="text"/> <input type="text"/>		17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia) <input type="text"/> <input type="text"/>		18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (A la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>	
19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (A la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>		20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (Incluyendo al que registra) <input type="text"/> <input type="text"/>		21) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? <input type="text"/> <input type="text"/>	
22) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica.		23) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL		24) INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO	
Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mulata <input type="checkbox"/> 4 Montubia <input type="checkbox"/> 5 Mestiza <input type="checkbox"/> 6 Blanca <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8		Unión libre <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 5 Viuda <input type="checkbox"/> 6 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 7		24.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Educación básica <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Educación media/Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario <input type="checkbox"/> 6 Superior universitario <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 8	
		24.2) ALFABETISMO ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		25) RESIDENCIA HABITUAL 25.1) Provincia <input type="text"/> 25.2) Cantón <input type="text"/> 25.3) Parroquia urbana o rural <input type="text"/> 25.4) Dirección domiciliaria <input type="text"/> 25.5) Teléfono convencional <input type="text"/> 25.6) Teléfono Celular <input type="text"/> 25.7) Correo electrónico <input type="text"/>	

(C) INFORMACIÓN GENERAL

26) DATOS DE LA PERSONA QUE ASISTIÓ O AUTOPSIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL <small>Campo obligatorio, deben constar todos los datos de la persona que asistió o autopsió...</small>			
No. cédula de ciudadanía o identidad/pasaporte <input type="text"/> Apellidos y Nombres <input type="text"/> N° Teléfono <input type="text"/> Firma <input type="text"/>			
27) DATOS DEL FUNCIONARIO/A DE REGISTRO CIVIL QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN, SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA			
No. cédula de ciudadanía o identidad/pasaporte <input type="text"/> Apellidos y Nombres <input type="text"/> N° Teléfono <input type="text"/> Firma <input type="text"/>			

(D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DEFUNCIÓN FETAL

28) OBSERVACIONES: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	USO INEC <input type="text"/> <input type="text"/> Código crítico - codificador
---	--

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

(B) DATOS DE LA MADRE

- 13) **Número de cédula de ciudadanía o identidad / pasaporte / otros.-** Anotar el número de cédula de ciudadanía o identidad / pasaporte / otros, este campo debe ser llenado por el profesional de la salud médico(a), obstetrix/obstetra, enfermera/o, auxiliar de enfermería, partera/o calificado, partera/o no calificado u otra persona que atendió la defunción fetal, para los casos que no se haya registrado información el funcionario/a Registro Civil completará esta pregunta.
- 14) **Apellidos y Nombres.-** Anotar los apellidos y nombres completos de la madre, como consta en la cédula de ciudadanía o identidad, partida de nacimiento / pasaporte / otros, este campo debe ser llenado por el profesional de la salud médico(a), obstetrix/ obstetra, enfermera/o, auxiliar de enfermería, partera/o calificado, partera/o no calificado u otra persona que atendió la defunción fetal. Para los casos de madres indocumentadas anotar la información declarada por la madre. Si no se ha registrado información el funcionario/a Registro Civil completará esta pregunta.
- 15) **Nacionalidad.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente. Si marcó la casilla 2 "Extranjera", anotar el nombre del país al que pertenece.
- 16) **Fecha de nacimiento.-** Anotar el año, mes y día.
- 17) **Edad.-** Anotar la edad en años cumplidos a la fecha de la defunción fetal.
- 18) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?-** Anotar en las casillas correspondientes el número de hijos vivos. Cuando la respuesta sea ninguno, anotar "00".
- 19) **¿Cuántos hijos que nacieron vivos han muerto?-** Anotar en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido vivos, pero que han fallecido contando hasta la fecha de la defunción fetal. Cuando la respuesta sea ninguno anotar "00".
- 20) **¿Cuántos hijos nacieron muertos?-** Anotar en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido muertos, incluido el actual. Si es el primer hijo nacido muerto anote "01" o el número secuencial correspondiente.
- 21) **¿Cuántos controles prenatales recibió en este embarazo?-** Anotar en la casilla correspondiente.
- 22) **Autoidentificación étnica.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente. Si no puede autoidentificarse con ninguna de las siete mencionadas, marcar Otra (8).
- 23) **Estado civil y/o conyugal.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
- 24) **Instrucción y alfabetismo.**
- 34.1) **Último nivel de instrucción aprobado.-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
- 34.2) **¿Sabe leer y escribir?-** Marcar con una "X" la casilla correspondiente.
- 25) **Residencia habitual .-** Anotar con claridad el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural, dirección domiciliaria, número de teléfono convencional, número de teléfono celular y correo electrónico.

(C) INFORMACIÓN GENERAL

- 26) **Datos de la persona que asistió o autopsió la defunción fetal.-** Anotar con claridad los apellidos y nombres, número de cédula de ciudadanía o identidad / pasaporte, número de teléfono convencional o celular, firma y sello de la persona que asistió o autopsió la defunción fetal (campos obligatorios).
- 27) **Datos de la persona que realizó la inscripción sin certificación médica.-** Anotar con claridad los apellidos y nombres, número de cédula de ciudadanía o identidad / pasaporte, número de teléfono y firma del funcionario/a del Registro Civil (campos obligatorios).

(D) ESPACIO ESTÁ DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DEFUNCIÓN FETAL

- 28) **Observaciones.-** Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción fetal.

Código crítico – codificador.- Uso exclusivo del INEC.