|  |
| --- |
| ENTREVISTA FAMILIAR MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL |
| DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA |
| Fecha y hora de inicio de la entrevista (hora militar):  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  año mes día hora minutos  |
| *Se registrará el día, mes, año y hora en que inició la entrevista. Utilice estos códigos para los meses: Enero: 01, Febrero: 02, Marzo: 03, Abril: 04, Mayo: 05, Junio: 06, Julio: 07, Agosto: 08, Septiembre: 09, Octubre: 10, Noviembre: 11, Diciembre: 12.* *Se deben registrar los códigos de cada mes, día, hora y minutos en dos dígitos y el año deberá anotarse con cuatro dígitos.* |
| **Visita efectiva** | **Si** |  | **No** |  | **Se realiza seguimiento telefónico** | **Si** |  | **No** |  |
| **Motivo de NO efectiva** |
| **1.** | **Departamento:** |
| ***2.*** | **Municipio:** |
| **3.** | **¿Cuál era su parentesco o relación con el menor fallecido (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?** (PUEDE SER MÁS DE UNA OPCIÓN).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parentesco/ Relación | Apellidos y Nombres | Teléfono(s) |
| Madre |  |  |
| Padre |  |  |
| Hermana |  |  |
| Hermano |  |  |
| Tía |  |  |
| Tío |  |  |
| Prima |  |  |
| Primo |   |  |
| Abuela |  |  |
| Abuelo |  |  |
| Otro (especificar) |  |  |

*Especificar núcleo familiar:* |
|  Registrar el (los) número (s) telefónico (s) en el cual se le pueda ubicar a la persona entrevistada; si no tuviese, indagar sobre algún vecino, amigo o pariente quien disponga de teléfono. |
| ***DATOS DE LA MADRE*** |
| En esta primera parte se pregunta acerca de datos generales del menor fallecido  |
| **4.** | **Apellidos y nombres de la madre:** |
| **5.** | **Tipo de identificación de la madre**Marcar con una X | Registro civilTarjeta de Identidad (madre)Cedula de ciudadanía(madre)Sin identificación |  |
|  |
|  |
|  |
| **6.** | **Número de identificación** **de la madre**|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **7.** | **Fecha de nacimiento** **de la madre** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| **Edad:**  año mes día  |
| **8.** | **¿Madre del menor en condición de vulnerabilidad?**  | Habitante de la calle |  |
| Población adolescente |  |
| Persona con discapacidad |  |
| Desmovilizados |  |
| Desplazados |  |
| Población en centros psiquiátricos |  |
| Población migratoria |  |
| Población en centros carcelarios |  |
| Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No aplica |  |
| **9.** | **Estado civil de la madre del menor fallecido** | No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja  |  |
| No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja  |  |
| Está separada / divorciada |  |
| Esta viuda  |  |
| Esta soltera |  |
| Está casada |  |
| No sabe |  |
| **10.**  | **Años de escolaridad que aprobó la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) | Pre-escolar |  |
| Básica primaria |  |
| Básica secundaria |  |
| Media académica o clásica |  |
| Media técnica |  |
| Normalista |  |
| Técnica profesional |  |
| Tecnológica |  |
| Profesional |  |
| Especialización |  |
| Maestría |  |
| Doctorado |  |
| Ninguno |  |
| No sabe |  |
| Años de estudios aprobados: |\_\_|\_\_| |  |
| **11.** | *Anotar en la casilla correspondiente, los años de estudios aprobados en el máximo nivel alcanzado que tiene la madre del menor fallecido. Ejemplo si terminó el 6to. Grado, arriba se debe marcar el número 3 y en años de estudio aprobados, marcar: | 0 | 6 |. Si completó el 11 grado, arriba marcar el número 4 si es educación académica o el número 5 si es educación técnica, y en años de estudio aprobados marcar |0 | 6 |. Se considera básica primaria hasta el grado 5, básica secundaria hasta el grado 9 y media académica o técnica hasta el grado 11.*  |
|  | **¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **sabe leer y escribir?**  | Si |  |
| No |  |
| Solo leer |  |
| Solo escribir |  |
| No sabe |  |
|  | **Si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es menor de 20 años y no esta escolarizada ¿esto fue a causa de su embarazo?** | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| Esta pregunta aplica, sí la madre del menor fallecido es menor de 20 años.  |
|  | **De acuerdo a la cultura pueblo o rasgos físicos, la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **es o se reconoce como:** | Indígena |  |
| ROM |  |
| Raizal (San Andrés y Providencia) |  |
| Palenquera (San Basilio) |  |
| Negra, mulata, afrocolombiana o afro descendiente |  |
| Ninguno de los anteriores |  |
| No sabe |  |
| **15.** | **¿Qué ocupación u oficio tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **en los últimos 6 meses?** | Ver listado de ocupaciones DANE |
| **16.** | **Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **está vinculada laboralmente de una manera:** | Formal |  |
| Informal |  |
| No sabe |  |
| **17.** | **¿Qué tipo de aseguramiento al sistema de salud tiene la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?  | Contributivo |  |
| Subsidiado |  |
| Excepción |  |
| Especial |  |
| No afiliada |  |
| **18.** | **¿Cuál es el nombre de la aseguradora?** |
| **19.** | **La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿tenía conocimiento de que podía consultar a los servicios de salud y recibir atención médica por su estado de embarazo, parto o puerperio?** | Si  |  |
| No |  |
| No sabe  |  |
|  | Si la respuesta es **no** especifique:  |
| **20.** | **¿Qué religión práctica la madre del menor fallecido?** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) | Católica Romana |  |
| Cristiana no evangélica |  |
| Evangélica |  |
| Testigo de Jehová |  |
| Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ninguna |  |
| No sabe |  |
| **21.** | **La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿es cabeza de familia? (Tiene personas a su cargo)** | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| **22.** | **Usted sabe si la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **durante su embarazo, parto o puerperio ¿realizó alguna de las siguientes prácticas?**Puede seleccionar más de una opción. | Masajes abdominales por personal no calificado para cambiar la posición del bebe. |  |
| Uso de misoprostol sin prescripción ni supervisión médica para inducir o acelerar el trabajo de parto. |  |
| Uso de yerbas u otros métodos para provocar un aborto en condiciones inseguras. |  |
| Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No realizó ninguna  |  |
| No sabe |  |
| Ampliar su respuesta: |
| **FAMILIA** |
| **23.** | **Las decisiones tomadas en la familia dependen de:** | La madre del menor fallecido. |  |
| El padre del menor fallecido |  |
| La madre del menor fallecido y su cónyuge. |  |
| La abuela del menor fallecido. |  |
| El abuelo del menor fallecido. |  |
| Los padres del menor fallecido |  |
| Otros miembros de la familia. |  |
| No sabe |  |
| *Las preguntas 23, 24 y 25 aplican, sí la entrevista es realizada a dos o más personas.* |
| **24.** | **La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **tiene alguno de los siguientes antecedentes con relación a violencia o maltrato:**Puede seleccionar más de una opción.Si la respuesta es No aplica pase a la pregunta 25. | Haber establecido denuncia(s) ante una autoridad por Violencia intrafamiliar. |  |
| Haber asistido a instituciones de salud por recibir agresiones físicas y/o sicológicas. |  |
| Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| No aplica (no fue víctima de violencia ni maltrato) |  |
| No sabe |  |
| **25.** | **¿Conoce usted si la madre del menor fallecido o el menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, parto o puerperio, especifíquela:**Puede seleccionar más de una opción.Si la respuesta es Ninguna pase a la pregunta 26 | Violencia física |  |
| Maltrato verbal |  |
| Violencia sexual |  |
| Abandono |  |
| Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ninguna |  |
| No sabe  |  |
| **26.** | **¿El embarazo de la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **fue producto de una violación?**  | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| **27.** | **El ingreso mensual promedio del núcleo familiar es de:**  | $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| No sabe |  |
| **28** | **Cuantas personas dependen de este ingreso**  | Número de personas |\_\_|\_\_| |
| Se puede considerar que cada persona o familia necesita un ingreso mínimo para poder adquirir los bienes y servicios esenciales. Este ingreso mínimo depende de los precios que haya en cada país para una canasta determinada de bienes y servicios. La forma más sencilla ha sido considerar que cada persona necesita por lo menos dos dólares diarios para vivir dignamente (una convención internacional). DNP 2011: aprox. $5.800 pesos/día$174.000 pesos/mes. $696.000 pesos/mes para una familia de 4 personas |
| **29.** | **¿Durante la entrevista se evidencia alguna de las siguientes falencias en relación con condiciones de la vivienda y saneamiento básico?**Puede seleccionar más de una opción. | Vivienda sin servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas). |  |
| Hacinamiento. |  |
| Proliferación de vectores (roedores e insectos).Presencia de basuras |  |
| Ninguna. |  |
| No se tiene acceso a la vivienda |  |
| **COMUNIDAD** |
| **30.** | **¿Cuánto tiempo calcula usted que se demoraba la madre del menor fallecido,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **para llegar al servicio de salud más cercano y que medio de transporte utilizaba?** Escriba el número de minutos, horas o días que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, en bus, etc.) | \_\_\_\_\_minutos \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días medio de transporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días medio de transporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días medio de transporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| En esta pregunta, si responde en días, llenar la casilla correspondiente a días, si responde en horas, anotar en la casilla correspondiente a horas y si responde en minutos, anotar en la casilla correspondiente a minutos. Al final anote el medio de transporte utilizado. |
| **31.** | **Calcule cuánto dinero le costaban estos desplazamientos a la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) | Valor en pesos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_\_\_No Aplica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **32.** | **Si la madre del menor fallecido ¿durante su embarazo, parto, puerperio o complicación del recién nacido necesitó ayuda de una red de apoyo (Comités de salud comunitarios, Asociación de mujeres, Juntas de acción comunal, entre otras) pudo acceder a ella?**  | Si  |  |
| No |  |
| No existen redes sociales de apoyo |  |
| No necesitó ayuda |  |
| No sabe |  |
| **33.** | **Durante la complicación que llevo a la muerte al menor fallecido** **tuvo acceso a medios de comunicación (telefonía celular, radio teléfono, entre otros) para pedir ayuda (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros).** | Si tuvo acceso y obtuvo respuesta oportuna |  |
| Si tuvo acceso y no obtuvo respuesta. |  |
| Si tuvo acceso y obtuvo respuesta no oportuna. |  |
| No tuvo acceso a ningún medio de comunicación. |  |
| No aplica |  |
| No sabe |  |
| ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LA MADRE DEL MENOR FALLECIDO |
| **34.** | **¿La madre del menor fallecido** **tenía algún problema de salud antes de quedar embarazada?**Si es NO pase a la pregunta 36 | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| **35.** | **Especifique** | Tuberculosis |  |
| Diabetes |  |
| Hipertensión arterial |  |
| Enfermedades del tracto urinario |  |
| Cáncer |  |
| Malaria |  |
| VIH |  |
| Enfermedades cardíacas |  |
| Enfermedades psiquiátricas |  |
| Antecedentes quirúrgicos |  |
| Hábitos y adicciones |  |
| Antecedentes de violencia intrafamiliar |  |
| Antecedentes de abuso sexual |  |
| Otro ¿Cuál? |  |
| *Especifique (Amplíe la información si considera necesario)* |
| **36.** | **¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema de salud?** | Si |  |
| No |  |
| No aplica |  |
| No sabe |  |
| **37.** | **¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **realizó consulta preconcepcional?** | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| *Se pregunta por consulta preconcepcional del embarazo relacionado con la muerte* |
| **38.** | **En total, ¿cuántos gestaciones ha tenido la madre del menor fallecido** **en su vida, excluyendo el relacionado con el caso? (escriba el número)**Si la respuesta es cero pase a la pregunta 47 |  |
| **39.** | **¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido la madre del menor fallecido** **excluyendo la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número) |  |
| **40.** | **Del total de hijos vivos, ¿cuántos de ellos siguen vivos?** (escriba el número) |  |
| 41. | **¿Cuántos hijos muertos ha tenido la madre del menor fallecido excluyendo los de la gestación relacionado con el caso?** (escriba el número) |  |
| 42. | **¿Cuántos partos vaginales ha tenido la madre del menor fallecido** **excluyendo la gestación del caso?** (escriba el número) |  |
| 43. | **¿Cuántos abortos ha tenido la madre del menor fallecido ?** (escriba el número) |  |
| 44. | **¿Cuántas cesáreas ha tenido la madre del menor fallecido** **excluyendo la gestación relacionada con el caso?** (escriba el número) |  |
| 45. | **¿La madre del menor fallecido** **tuvo algún problema de salud en alguno de los embarazos anteriores al relacionado con la muerte de este último?**Si la respuesta es No, No aplica o No sabe, pase a la pregunta 47 | Si |  |  |
| No |  |  |
| No aplica |  |  |
| No sabe |  |  |
| 46. | Especifique | Diabetes |  |
| Hipertensión arterial |  |
| Problemas cardíacos |  |
| Problemas renales |  |
| Otros |  |
| ¿Cuál? |  |
| *Especifique*  |
| 47. | **¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **recibió información acerca del riesgo de quedar embarazada dado su problema durante el embarazo anterior al relacionado con la muerte de este último?** | Si |  |
| No |  |
| No aplica |  |
| No sabe |  |
| 48. | ¿**La madre del menor fallecido** **estaba planificando para no quedar embarazada?**Si la Respuesta es Si pase a la pregunta 48, Si es No, pase a pregunta 49. | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| 49. | **¿Con qué estaba planificando?***Anotar el método de planificación familiar, puede anotar más de uno si la mujer usaba varios métodos. (DIU: Dispositivo intrauterino)* | Hormonal oral |  |
| Hormonal inyectable |  |
| Hormonal transdérmico Implante |  |
| DIU medicado |  |
| DIU no medicado |  |
| Ligadura de trompas |  |
| Barrera |  |
| Métodos Naturales |  |
| Folclóricos |  |
| No sabe |  |
| 50. | **¿Por qué no estaba planificando?**Cualquier respuesta pase a la pregunta 50. | Por creencias religiosas |  |
| Oposición del compañero u otro familiar |  |
| No quería, porque estaba buscando la gestación |  |
| No lo consideraba importante |  |
| No tuvo acceso |  |
| Otra,  |  |
| ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No aplica |  |
| No sabe |  |
| 51 | **La madre del menor fallecido** **¿en algún momento pensó en interrumpir su embarazo por violación, malformación congénita o riesgo para su vida o su salud?** | Si pensó en interrumpir su embarazo y solicitó el procedimiento. |  |
| Si pensó en interrumpir su embarazo pero no solicitó el procedimiento. |  |
| No pensó en interrumpir su embarazo |  |
| No sabe |  |
| DATOS DEL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE (ÚLTIMO EMBARAZO) |
| 52. | **Cuando la madre del menor fallecido** **quedó embarazada, ella:** | Quería embarazarse en ese tiempo |  |
| Quería esperar un poco más para embarazarse |  |
| No quería embarazarse |  |
| No sabe |  |
| 53. | **¿Hizo control prenatal?**Si es No, pase a la pregunta 57. Si es No sabe, pase a la pregunta 58 | Si |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| *Si respondió que hizo el control prenatal en este embarazo, preguntar cuántos controles hizo (si es posible, pedir que le muestren el carnet de atención) y anotarlos en la pregunta 37; si respondió que no, pasar a la pregunta 39; si respondió que “no sabe” pasar a la pregunta 40.* |
| 54. | **Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde realizó el control prenatal** |
| Nombre de la institución | Municipio | Departamento |
|  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 55. | ¿**Quiénes la atendieron durante el control prenatal?** (Puede seleccionar múltiples opciones) | Médico general |  |
| Médico especialista |  |
| Enfermera |  |
| Promotor de salud |  |
| Partera empírica |  |
| Enfermera Obstetriz |  |
| Otro, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No sabe |  |
| 56. | **¿A cuántos controles prenatales asistió la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)?Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 57 | Numero\_\_\_\_\_\_No asistió\_\_\_\_\_\_ |
| 57. | **¿A qué edad gestacional inicio el control prenatal la madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona)? |  Semanas de gestación |\_\_|\_\_| No sabe o no se acuerda |\_\_| |
| 58. | **¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita?**(Selección múltiple) | Es lejano el sitio de atención |  |
| Porque no le dieron permiso en el trabajo |  |
| Por falta de recursos económicos |  |
| Por experiencias negativas con el servicio de salud |  |
| Porque no lo consideró importante |  |
| El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo |  |
| El servicio de salud está cerrado |  |
| Problemas de orden público |  |
| Otro, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No aplica |  |
| No sabe |  |
| SEÑALES DE ALERTA DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON LA MUERTE DEL MENOR FALLECIDO |
| **59.** | **¿La madre del menor fallecido** **recibió instrucciones o recomendaciones para el reconocimiento de señales de alerta y el cuidado de su embarazo?**Si la respuesta es No o No sabe, pase a la pregunta | Si |  |
| No |  |
| No Sabe |  |
| **61** | **¿La madre del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **siguió estas instrucciones?** | Si |  |
| No |  |
| No aplica |  |
| No Sabe |  |
| **62.** | **¿La madre del menor fallecido** **estuvo hospitalizada o requirió atención por urgencias durante el embarazo?**Si la respuesta es No o No sabe pase a la pregunta 62 | Si |  |
| No  |  |
| No sabe |  |
| **63.** | Nombre de la (s) institución (es) y municipio (s) donde recibió asistencia médica durante el embarazo, parto/cesárea, atención del recién nacido relacionado con la muerte (diferente al control prenatal: hospitalizaciones y/o atenciones por urgencias) |
| Nombre de la institución | Municipio | Departamento |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Anote el nombre de cada institución de salud y el municipio* |
| DATOS DE LA MORTALIDAD PERINATAL O NEONATAL TARDIA |
| **64.** | **¿En qué fecha ocurrió el parto o cesárea?**|\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| día mes añoNo sabe o no se acuerda |\_\_| |
| **65.** | **¿Quién atendió el parto?** | Médico general |  |
| Médico especialista |  |
| Enfermera |  |
| Promotor de salud |  |
| Partera empírica |  |
| Enfermera Obstetriz |  |
| Médico general |  |
| Otro, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No sabe |  |
| **66.** | ***Sitio del parto:***  | Domicilio |  |
| Institución ¿Cuál? |  |
| **67.** | ¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó el problema (o los síntomas iniciales), que provocaron la muerte del menor (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona si lo tiene)?|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|meses días horas minutosNo sabe o no se acuerda |\_\_| |
| **68.** | **¿Quién/es la atendieron en el momento de la complicación que llevo al menor** (preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **a la muerte?** Selección múltiple | Médico general |  |
| Médico especialista |  |
| Enfermera |  |
| Auxiliar de enfermería |  |
| Partera |  |
| Curandero |  |
| Familiar/ vecino |  |
| Nadie la atendió |  |
| Otro, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No sabe |  |
| **69.** | **¿Dónde ocurrió la muerte?** | Baja complejidad |  |
| Mediana complejidad |  |
| Alta complejidad |  |
| UCI |  |
| Traslado interinstitucional |  |
| Traslado domicilio-IPS |  |
| Domicilio |  |
| Otro, cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No sabe |  |
| **70.** | **¿Consideraba la madre del menor fallecido** **que su problema de salud era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?** | Sí |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| **71.** | **¿Consideraban los familiares del menor fallecido** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **que el problema de salud de la madre era muy grave y que podía ocasionarle complicaciones?** | Sí |  |
| No  |  |
| No sabe |  |
| **72.** | **¿Decidieron buscar ayuda médica debido al problema de salud de la madre del menor** **fallecido?** | Sí |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| **73.** | **Si no buscó/ buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es fueron la razón/es?***Puede seleccionar más de una opción.* | Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros |  |
| Falta de confianza en el centro de salud / hospital |  |
| Temor por haberse hecho un aborto |  |
| Falta de dinero para transportarse |  |
| Tener que pagar la atención |  |
| Falta de medio de transporte en ese momento |  |
| Lejanía del centro de salud/hospital |  |
| Problemas de orden público |  |
| Oposición familiar |  |
| Otra: (especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| No sabe |  |
| No aplica |  |
| **74.** | **Cuando le(s) informaron sobre el fallecimiento del menor,** (Preferiblemente el entrevistador cita el nombre de la persona) **¿Le(s) explicaron por qué razón había muerto?** | Si  |  |
| No |  |
| No sabe |  |
| Amplíe su respuesta: |
| **75.** | **Condición final del producto de la gestación** | Muerte fetal (murió en útero y no nació) |  |
| Durante el parto |  |
| Nació vivo pero murió antes de cumplir 7 días de vida vida |  |
|  Nació vivo pero murió después de la primera semana de vida |  |
| No sabe |  |
| Describa los hechos y las causas que llevaron a la muerte del menor |
| DATOS DE CIERRE DE LA ENTREVISTA |
| **77.** | Sr. (Sra.) Entrevistador (a): en este espacio anote los comentarios que considere importantes y no hayan sido cubiertos con las preguntas anteriores.  |
| **78.** | **Dirección:**  | **Barrio:** |
| **79.** | Apellidos, Nombres - cargo e institución de la (s) persona (s) que realiza (n) la entrevista familiar |
| **Apellidos y nombres** | **Cargo** | **Institución** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **80.** | Fecha y hora de finalización de la entrevista:|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| día mes año hora minutos |
| *Se debe anotar la fecha de finalización de la entrevista, completando todas las casillas; día, mes, año y hora.* |