

Anexo 1 Encuesta epidemiológica

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA	
Juzgado: Asunto: Necro n.º:	
A. Datos de filiación	
Nombre y apellidos:	
Nº Historia:	
Domicilio:	
Tfno. de los padres:	
Fecha nacimiento:.....	
Fecha de muerte:.....	Edad (fallecimiento):
Fecha de autopsia:.....	
B. Factores epidemiológicos	
1. Edad gestacional:	
2. Peso nacimiento: Talla: P. craneal:.....	
3. Apgar 1':..... Apgar 5':..... Reanimación: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
4. Grupo sanguíneo:.....Rh:.....	
5. Parto: a. <input type="checkbox"/> Domicilio b. <input type="checkbox"/> Hospital c. <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Múltiple	
d. Presentación: <input type="checkbox"/> cefálica <input type="checkbox"/> podálica <input type="checkbox"/> nalgas	
e. Cesárea: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
f. Amniorrexis: <input type="checkbox"/> espontánea <input type="checkbox"/> provocada	
g. Amnionitis: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
6. Periodos neonatal y postnatal:	
a. Lactancia: <input type="checkbox"/> natural tiempo:	
<input type="checkbox"/> artificial	
b. Vacunaciones y tipo	
c. Comportamiento: <input type="checkbox"/> tranquilo <input type="checkbox"/> nervioso	
d. Llanto: <input type="checkbox"/> fuerte <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> débil	
e. Posición normal del niño: <input type="checkbox"/> decúbito supino <input type="checkbox"/> decúbito prono	
f. Sueño: <input type="checkbox"/> tranquilo <input type="checkbox"/> excitado <input type="checkbox"/> llanto	
g. Sudoración durante el sueño: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poca <input type="checkbox"/> importante	

B. Factores epidemiológicos (Continuación)

7. Situación social familiar:
- Tipo de domicilio: bueno normal malo
 - Nivel social: alto medio bajo
 - Población/Distrito
 - Raza o etnia: padre madre
 - Edad: padre madre
 - Profesión: padre madre
8. Madre:
- Estado civil: casada o con pareja estable sin pareja
 - Nivel de instrucción: elemental medio universitario
 - Hábitos tóxicos habitualmente: tabaco alcohol drogas
 - Hábitos tóxicos durante embarazo: tabaco cantidad/día
 alcohol cantidad/día
 drogas dosis/día
 - Ant. patológicos: HIV+ HIV- Otras infecciones
 - Control de embarazo: sí (a partir de qué mes) no
 - Grupo sanguíneo Rh
 - Embarazo: normal patológico (causa).....
 - Número de gestaciones previas:
 - Tiempo entre gestaciones sucesivas:
 - Abortos anteriores: sí no
 - Antecedentes de M. súbita: sí no
9. Padre:
- Nivel de instrucción: elemental medio universitario
 - Hábitos tóxicos habitualmente: tabaco alcohol drogas
10. Otros antecedentes familiares:
- Muerte súbita infantil: sí no
 - Enfermedades congénitas y hereditarias (espec.)

C. Antecedentes patológicos

- Periodo neonatal (enfermedades, infecciones).
- Semana anterior a la MS:
 - Infecciones:
 - Otra patología:
 - Tratamiento realizado:
- Ingresos hospitalarios (motivo, duración, diagnóstico y tratamiento efectuado).
- Antecedentes de apnea o dificultad respiratoria.
- Antecedentes de malos tratos: sí no

D. Datos referidos a la muerte súbita

- Edad:
- Mes: Día: Hora:
- Lugar:
 - Domicilio
 - Hospital, urgencias: Ingresó cadáver: sí no
 - Reanimación: sí no Planta:
 - Otros (guardería, calle)
- Breve explicación acerca del acontecimiento:

.....

.....

.....

.....

E. Levantamiento del cadáver o inspección ocular posterior

1. Día y hora:

2. Situación del cadáver:

a. Cuna

b. Cama padres: solo compartiéndola*

c. Cochecito

** Existen indicios de que la persona que compartía la cama con el niño en el momento de la muerte pudiera estar bajo los efectos de algún hipnótico: sí no*

3. Posición del cadáver: decúbito supino prono lateral

4. Temperatura rectal:

5. Cantidad y tipo de ropa del cadáver:

6. Cantidad y tipo de ropa de abrigo en la cuna o cama:

7. Existencia de medicamentos o tóxicos en la habitación:

8. Focos de calor próximos (estufas, radiadores, braseros).

9. Condiciones ambientales del domicilio:

.....

.....

.....

10. Sospecha de malos tratos: sí no

11. Sospecha de sofocación o asfixia: sí no