



NOTIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN A MONÓXIDO DE CARBONO

1. EXPOSICION: HORA Y LUGAR ()

Fecha de consulta: / / Tiempo desde exp: hs dy ms Ciudad:

Fecha de exposición: / / Duración de exp: min hs días Provincia/Depto:

No aplicable o desconocido No aplicable o desconocido

2. COMUNICACION (fuente de información)

Nombre: Institución: Tel:

Centro asistencial Público Con internación Sin internación

Privado Con internación Sin internación

Profesión de quien consulta: Médica Paramédica Otra (cuál?)

3. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido DNI Embarazo Si No

Sexo: M F Edad: d m a Desconocida Niño Adolescente Adulto

Otra persona intoxicada en el mismo evento No Si: ¿Cuántos?

4. CIRCUNSTANCIA DE EXPOSICION (marque una opción)

Intradomiciliario Exterior Ocupacional Desconocida Otra

5. FUENTE DE EXPOSICIÓN (marque una, o más si fuera "Múltiple")

Calefon/termotanque/caldera Estufa catalítica Motor de combustión

Cocina/Anafe/Horno Estufa de pantalla Incendio

Hogar a leña/Salamandra Estufa tiro balanceado Humo de tabaco

Braseros/Leña/Madera/Carbón Estufa kerosene Otro (cuál?)

6. LUGAR DE LA EXPOSICION (marque uno)

Hogar (urbano/periurbano) Hogar (rural) Area pública abierta Desconocido

Automóvil particular Trabajo Area pública confinada Otro (cuál?)

7. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA EXPOSICIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO

Tiempo desde exp: min hs días No recibió Desconocido

8. CLÍNICA (Actual o durante la exposición) (marque una, o más si fuera "Múltiple")

<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Dolor torácico	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Pensamiento lento	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Coma
<input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Obito
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Taquipnea	<input type="checkbox"/> Desorientación	
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hipotensión arterial	
	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Síncope	

9. LABORATORIOS (marque uno o más, si fuera relevante)

Carboxihemoglobina Menor de 10% De 10 a 20% De 20 a 30% Mayor a 30%

Especificar horas transcurridas desde la exposición hasta la toma de muestra: min hs

Especificar tiempo transcurrido con suministro de Oxigeno antes de toma de muestra min hs

Glucemia Hiperglucemia Hipoglucemia Normal Acidosis metabólica Si No ECG Si No CPK elevada Si No

10. TRATAMIENTO RECIBIDO (marque una o más)

Tratamiento: Si No Desconocido Enviado a otro hospital

Hospitalización: Si No Desconocido Días en hospital Días en UCI

Oxígeno No recibió tratamiento Si recibió tratamiento Normobarico Alto flujo Bajo Flujo Hiperbárico 1 Sesión 2 o más

Otros:

11. SEGUIMIENTO Y CONTROLES

Oftalmología <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Neurología: <input type="checkbox"/> Evaluación neurocognitiva
Cardiología <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> RMN
Toxicología <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Examen auditivo
Neumonología <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Fondo de ojo

12. CO- MORBILIDAD o PATOLOGÍA DE BASE (especifique)

13. EVOLUCION

Recuperación Recuperación c/secuelas Muerte relacionada Muerte s/relación Desconocida

14. COMENTARIOS (especifique la sección, continúe en el reverso de ser necesario)

.....