



## NOTIFICACION DE EXPOSICION A MONOXIDO 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 (Datos del notificador)

Nombre: ..... Institución: ..... Tel: .....  
 Centro asistencial  Público  Con internación  Sin internación  
 Privado  Con internación  Sin internación  
 Profesión de quien brinda información:  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  
 Vecino/ Familiar/ Compañero intoxicado en el mismo evento  No  Si: ¿Cuántos? .....

### 4. CIRCUNSTANCIA DE EXPOSICION (marque una opción)

Intencional  Accidental  Ocupacional  Ambiental  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 EXPOSICION Y LA ADMINISTRACION DE OXIGENO SUPLEMENTARIO

Tiempo desde exp: ..... min hs días  No recibió  Desconocido

### 8. CLINICA (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"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Pensamiento lento	<input type="checkbox"/> Palpitaciones
<input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica
<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
		<input type="checkbox"/> Convulsiones
		<input type="checkbox"/> Coma

### 9. LABORATORIOS (marque uno o mas, 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  
 Glucemia  Hiperglucemia  Hipoglucemia  Normal  Normal  
 Acidosis metabólica  Si  No  Si  No  No  
 CK 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  si  no Neurología:  Evaluación neurocognitiva  
 Cardiología  si  no  RMN  
 Toxicología  si  no  Examen auditivo  
 Neumonología  si  no  Fondo de ojo

### 12. CO- MORBILIDAD o PATOLOGIA 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)

.....  
 .....