

INTOXICACIÓN/ EXPOSICIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Caso sospechoso CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: ____/____/____

Apellido y nombre de notificador: _____ Rol: _____

Telefono: _____ Correo electrónico: _____ Firma: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

EXPOSICIÓN/ EPIDEMIOLOGÍA

Hay otra persona intoxicada por el mismo evento: SI NO ¿Cuántos? _____

Circunstancia de exposición (marque más de una si corresponde):

Accidental Laboral Intencional Ambiental/externo Desconocida

Lugar probable de exposición (marque más de una si corresponde):

Intradomiciliaria Peridomiciliaria Exterior Laboral Desconocida

Fuente de exposición:

Motores de automóviles Motores nafteros o a kerosén Parrillas y braseros de carbón de leña Sistemas de calefacción portátiles Salamandras Incendio Estufas Calefón Termotanque Caldera Horno u Hornallas de cocina a gas o kerosen

Otros (especificar) _____ Desconocida _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ____/____/____ Semana epidemiológica de FIS Ambulatorio Internado

Fecha de 1ª consulta ____/____/____ Establecimiento de 1ª consulta: _____

Caso fallecido: SI NO Fallecimiento en institución hospitalaria Fallecimiento en domicilio Otro: _____Embarazo: SI NO Lactancia: SI NO Fecha de internación: ____/____/____ UCI/UTI: SI NO Fecha UCI: ____/____/____ Fecha de ALTA: ____/____/____

Tratamiento: SI NO

Tratamiento Hiperbárico: SI NO

Desconocido: _____

Estado clínico: Asintomático Leve Moderado Severo

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Síntomas generales	
Neurológicos	
Gastroentéricos	
Cardiovasculares	
Respiratorios	
Otros	

COMORBILIDADES

Comorbilidades: especificar _____

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: _____ Sangre Otros (especificar) _____

Establecimiento de toma de muestra: _____ Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Establecimiento de derivación de la muestra: _____ Fecha de derivación ____/____/____

Establecimiento de diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico ____/____/____

Prueba realizada: _____

Resultado: _____

Observaciones: _____

CLASIFICACIÓN FINAL (marcar con una x)

Caso sospechoso CO Caso confirmado CO Caso Invalidado por Epidemiología Otro (aclarar en observaciones) _____

OBSERVACIONES

Observaciones: _____

Datos del personal que notifica _____

nombre y apellido

firma y sello