



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:
Localidad: Provincia: Fecha de notificación: / /
Apellido y nombre del notificador: Rol:
Teléfono: Correo electrónico: Firma:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

ID Evento:
Apellido y Nombre:
Tipo/N° documento: Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo:
Lugar de residencia:
Provincia Departamento: Localidad:
Calle / Manzana: N°/Casa: Piso: Depto.: Cód. Postal: Barrio:
Teléfono: Correo Electrónico:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): / / Semana epidemiológica de FIS Ambulatorio Internado
Fecha de 1ª consulta / / Establecimiento de 1ª consulta:
Embarazo SI NO
Fecha de internación: / / UCI/UTI: SI NO Fecha UCI: / / Fecha de ALTA: / /
Tratamiento: Desconocido Tratamiento Hiperbárico SI NO
Estadio clínico: Asintomático Leve Moderado Severo
Caso fallecido: SI NO Fallecimiento en institución hospitalaria Fallecimiento en domicilio Otro:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Arritmia	Cianosis	Debilidad	Impotencia funcional de miembros inferiores	Somnolencia
Astenia	Coma	Diarrea	Irritabilidad	Taquipnea (FR >25)
Ataxia	Confusión mental	Deterioro neurológico	Isquemia de miocardio	Trastornos en el aprendizaje
Afectación renal	Convulsiones	Deterioro psiquiátrico	Palpitaciones	Trastornos en la conducta
Ansiedad	Corea	Dificultad respiratoria	Parkinsonismo	Taquicardia (>100 pulsaciones por minuto)
Amnesia	Deterioro del sensorio	Disnea	Relajación de esfínteres	Visión borrosa o alterada
Cansancio	Dolor precordial	Enlentecimiento motor	Sensación vertiginosa	Vómitos
Cefalea	Depresión psíquica	Hipotensión arterial	Síncope	Vértigo

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Sangre Otros:
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: Detectable No detectable Muestra inadecuada
Valor:
Observaciones:
.....
.....
.....
.....
.....
.....



EPIDEMIOLOGÍA/EXPOSICIÓN

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

Circunstancia de exposición (marcar más de una opción según corresponda):

Accidental Laboral Intencional Ambiental/ Exterior Desconocida

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

Hogar Laboral Área Pública Desconocida

Fuente de exposición:

Motores de combustión <input type="checkbox"/>	Motores nafteros o a kerosén <input type="checkbox"/>	Parrillas y braseros de carbón de leña <input type="checkbox"/>
Sistemas de calefacción portátiles <input type="checkbox"/>	Hogar a leña/ Salamandra <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>
Calefón/Termotanque /Caldera <input type="checkbox"/>	Cocina/Anafe/Horno <input type="checkbox"/>	Humo de tabaco <input type="checkbox"/>
Estufas a gas <input type="checkbox"/>	Desconocida <input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

CLASIFICACIÓN FINAL (MARCAR CON UNA X)

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

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datos del personal que notifica:

.....

Nombre y Apellido

.....

Firma y Sello

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