



<b>Apellido:</b> .....		<b>Nombre:</b> .....		<b>DNI:</b> .....		
<b>Teléfono:</b> .....		<b>Fecha de nacimiento:</b> ..... / ..... / .....		<b>N° de HC:</b> .....		
<b>Peso:</b> .....		<b>Sexo:</b>		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> No informado
<b>Ingreso a la unidad:</b>		<b>Fecha:</b> ..... / ..... / .....		<b>Hora:</b> ..... : .....		
<b>Derivado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Institución desde la cual se derivó:</b>				
<b>Diagnóstico (sólo uno):</b>		<b>Rescate de germen. Detección de antígenos virales por IFI o por PCR:</b>				
<input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Neumonitis <input type="checkbox"/> Síndrome Bronquial Obstructivo <input type="checkbox"/> Otros..... ..... .....		VSR	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		Adenovirus	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		Influenza	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		Metapneumovirus	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		Picornavirus	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		Otros virus:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> No solicitado
		.....				
<b>Comorbilidades (puede seleccionar más de una):</b>						
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Respiratoria	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Trasplante
<input type="checkbox"/> Renal o urológica	<input type="checkbox"/> Enfermedad maligna	<input type="checkbox"/> Prematurez (<34 semanas)	<input type="checkbox"/> Congénita o genética	<input type="checkbox"/> Dependencia de tecnología	<input type="checkbox"/> Otras: .....	
<b>Soporte ventilatorio previo al inicio de CNAF (sólo uno):</b>						
<input type="checkbox"/> Aire ambiente	<input type="checkbox"/> Cánula nasal de bajo flujo	<input type="checkbox"/> Máscara simple	<input type="checkbox"/> Máscara con reservorio	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi	<input type="checkbox"/> Halo cefálico	<input type="checkbox"/> Cánula Nasal de Alto Flujo (en caso de deriv.)
<b>Fecha y hora inicio CNAF</b>		<b>Lugar de inicio de CNAF (sólo uno):</b>				
Fecha: ..... / ..... / .....		<input type="checkbox"/> Emergencias <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> T. Intermedia <input type="checkbox"/> T. Intensiva <input type="checkbox"/> Neonatología				
Hora: ..... : .....		<input type="checkbox"/> Otro .....				
<b>Equipamiento de inicio (sólo uno):</b> <input type="checkbox"/> Equipo generador de flujo <input type="checkbox"/> Equipo mezclador automático <input type="checkbox"/> Equipo artesanal para mezcla de gases con tubuladuras y pieza en "Y"						
CONTROLES	FR	FC	SaO <sub>2</sub>	Puntaje de Tal	FiO <sub>2</sub>	Flujo (l/min)
Previo						
30 minutos						
60 minutos						
90 minutos						
2 horas						
4 horas						
8 horas						
12 horas						
24 horas						
36 horas						
48 horas						
60 horas						



**Equipamiento de recambio:** (consignar únicamente si se requiere cambio de equipo - sólo uno)

- Generador de flujo con calentador /humidificador incorporado.
  Mezclador de gases (*blender*) con tubuladura conectada con pieza en "Y" al humidificador.
  Equipo mezclador automático.
  Ninguno.

**Alimentación.** Fecha y hora de inicio:

Fecha: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : .....

- Lactancia materna  
 Biberón  
 Sonda nasogástrica (intermitente)  
 Sonda nasogástrica (infusión continua)  
 Gastrostomía

**Complicaciones:**

- Lesiones de mucosa nasal  
 Lesiones de la piel de la cara  
 Distensión abdominal  
 Atelectasia  
 Enfisema subcutáneo  
 Neumotórax  
 Desconexión del circuito  
 Mal funcionamiento del equipo

**Fecha y hora fin CNAF.** Fecha: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : .....

**Resultado del soporte (sólo uno):**

- Éxito
  Fracaso
  Derivación con CNAF

**Motivo del fracaso (sólo uno):**

- Persistencia o aumento de la dificultad respiratoria en los primeros 120 minutos.  
 Persistencia o aumento de la FR y FC por arriba del rango normal para la edad.  
 SaO<sub>2</sub> <94% con FiO<sub>2</sub> ≥ 60% y flujo de 2 l/kg/min.  
 Signos de deterioro neurológico agudo.  
 Signos de inestabilidad hemodinámica.  
 Signos de agotamiento (incluyendo apneas).

**Institución que recibe al paciente con CNAF:**

Hospital .....

Departamento .....

Provincia .....

**Soporte posterior:**  VM Invasiva  VNI

**Pase de unidad (mismo hospital)**

- Cuidados intermedios  
 Cuidados intensivos  
 Cuidados neonatales

**Derivación (mayor complejidad)**

Hospital .....

Departamento .....

Provincia .....

**Condición de egreso**

- Vivo  Fallecido  Se desconoce

**Fecha y hora de egreso**

Fecha: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : .....