



Apellido:		Nombre:		DNI:		
Teléfono:		Fecha de nacimiento: / /		N° de HC:		
Peso:		Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> No informado
Ingreso a la unidad:		Fecha: / /		Hora: :		
Derivado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Institución desde la cual se derivó:				
Diagnóstico (sólo uno):		Rescate de germen. Detección de antígenos virales por IFI o por PCR:				
<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 				
Comorbilidades (puede seleccionar más de una):						
<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: 						
Soporte ventilatorio previo al inicio de CNAF (sólo uno):						
<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.)						
Fecha y hora inicio CNAF		Lugar de inicio de CNAF (sólo uno):				
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				
Equipamiento de inicio (sólo uno): <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 ₂	Puntaje de Tal	FiO ₂	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.
 SaO₂ <94% con FiO₂ ≥ 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: :