

Formulario para acompañar al paciente al hospital (¡por favor, advertir al hospital sobre el tratamiento específico que requieren las quemaduras de AHF/HF!)

Por favor asegúrese que el personal del hospital sea consciente de las características únicas de lesiones causadas por exposiciones al AHF/HF y del hecho que los efectos tóxicos sistémicos de dicha exposición requerirán una vigilancia inmediata del nivel de fluoruros, calcio, magnesio y sodio mediante la aplicación de suero, además de una reposición de calcio por infusión.

El AHF/HF es corrosivo y tóxico y puede causar:

1. Graves y dolorosas quemaduras en la piel
2. Irritación de las vías respiratorias que puede producir una bronquitis o incluso un edema pulmonar
3. Asfixia
4. Graves y dolorosas quemaduras en los ojos
5. Ceguera
6. Graves y dolorosas quemaduras del tubo digestivo
7. Graves efectos tóxicos sistémicos, que requerirán una intervención metabólica, quirúrgica, torácica u oftálmica especializada (Cuidados intensivos)

Nota: Todos o cualquiera de los efectos mencionados arriba pueden tardar en producirse al comienzo y/o estar acompañados de efectos tóxicos sistémicos.

GESTIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA LESIONES DE ÁCIDO FLUORHÍDRICO

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha y hora _____

DIAGNÓSTICO (MARQUE LO APROPIADO)

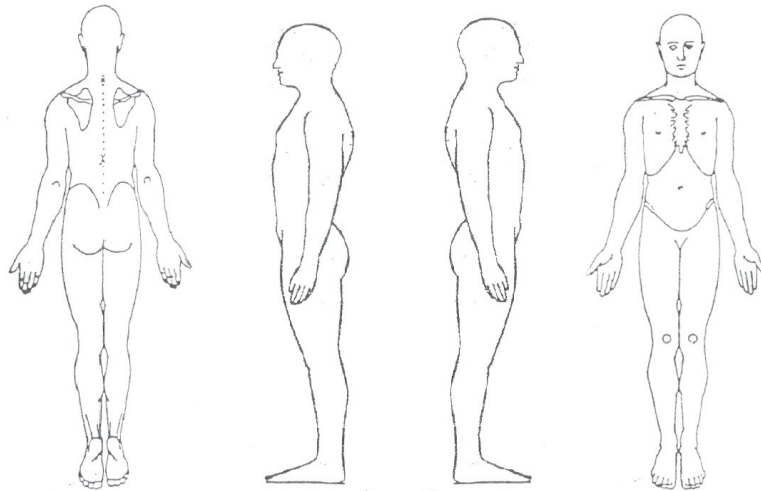
Este paciente ha sido expuesto a

- Ácido Fluorhídrico Anhidro
 Solución de HF al _____% (especifique)
 ¿Otro tipo de Fluoruro? (especifique _____)

Fecha de exposición _____ Hora de exposición _____

Naturaleza de exposición: Piel Ojos Inhalación Ingestión

Superficie corporal afectada:



TRATAMIENTO APLICADO (MARQUE LO APROPIADO)

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavado, descontaminación de la piel | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Lavado, descontaminación de los ojos | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Gel de Gluconato de Calcio | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Enjuague ocular con una solución de Gluconato de Calcio al 1% | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Nebulización de una solución de Gluconato de Calcio al 2,5% | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Apoyo vital básico | Duración _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique _____) | Duración _____ min. |

Tiempo entre la exposición y la descontaminación con agua: _____ min.

Tiempo entre la descontaminación con agua y otros tratamientos: _____ min.

- Méd.
 Enferm.
 Ayud. 1^{ros} Auxilios

Nombre y firma

Fecha _____ Hora _____ Lugar _____

Nota para el Ayudante de 1^{ros} Auxilios: A ser posible, los pacientes deberían ser acompañados por un Médico o Enfermero/a.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN MÉDICA

Teléfono _____

Nombre _____