

*D. William Baxter*  
*23/10/24*



28132

<b>Empresa:</b>	Servinca SA	<b>Fecha:</b>	10/22/2024
<b>Departamento:</b>	CHOFER	<b>Posicion:</b>	12:00:00 AM CHOFER
<b>Tipo evaluacion:</b>	Pre-empleo		

### Datos Generales

<b>Nombre:</b>	ORLANDO	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>Cedula:</b>	002-
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	ABEL CONTRERA 9/27/1985 DIVISION	<b>Edad:</b>	39	<b>Id Empleado:</b>	0146399-9 0

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

### 1. FILIACION

DNI 002-0146399-9 F. Nacimiento: 9/27/1985 Sexo  M  F

Area de trabajo: Tipo Licencia: 3

Empresa Servinca SA

Trabaja de noche  SI  NO # días de trabajo: 11 # días de descanso: 3

Años que trabaja en dicho horario de trabajo:

### 2. ANTECEDENTES PERSONALES

Ápnea del sueño  SI  NO Último control: dd/mm/aaaa

HTA  SI  NO Medicación: (riesgo >2)

Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez:  SI  NO Fecha de última PSG: dd/mm/aaaa

Dr. Milovan Batex 23/10/24

Antecedente de choque de  
vehículo:En mina:  
(si es NO, pase a  
sección 4) SI  NO Fuera de mina:  
(si es NO, pase a  
sección 4) SI  NO 

Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):

	SI	NO
<b>Criterio 1</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<b>Criterio 2</b> (2 o más es positivo)		
Accidente ocurrido en las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodiazepinas, antihistaminicos, relajantes musculares o antidepresivos, etc)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<b>Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accidente con escasa evidencia/ sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta la somnolencia)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## 3. ENTREVISTA AL PACIENTE:

	SI	NO
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

*Dr. William Botex 23/10/24*

### PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)

(Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)



Total puntos (sumatoria) >10\*\* : 2

#### 4. EXÁMEN FÍSICO:

**Peso (kg):**

105.69

**Talla (mts):**

176.00

**IMC (Kg/m2):**

34.12

(> 35 es de alto riesgo)

**Circunferencia de cuello:**

47.50

**Varón Normal:**

Si  No

(menor de 43,2 cm, es normal)

**Mujer Normal:**

Si  No

(menor de 40.6 cm, es normal)

**P. Sistólica:**

120.00

**P. Diastólica:**

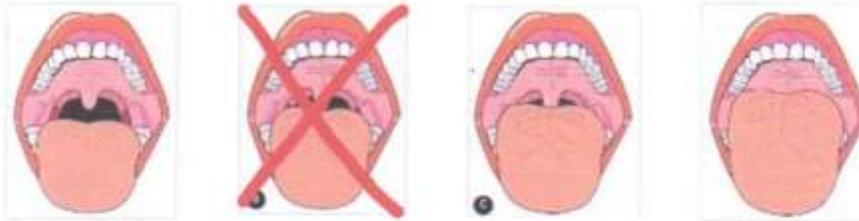
80.00

**HTA nueva:**

Si  No

Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)

*Dr William Bator 23/10/24*



Grado I

Grado II

Grado III

Grado IV

Cancelar Selección

## 5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

\*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta

**SINO**

**RIESGO ALTO:** (criterio A o B positivo)

- Criterio A:** Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)
- Criterio B:** Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)

**Acción requerida:** en **RIESGO ALTO**, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)

**RIESGO MEDIO:** (Criterio C, D o E positivo)

- Criterio C:** Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)
- Criterio D:** Cumple con 2 o más de los siguientes: IMC mayor o igual a 30 Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación) Circunferencia del cuello anormal Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16 Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30
- Criterio E:** Evaluación de vía aérea superior patológico\*(Mallampati III o IV)

**Acción requerida:** en **RIESGO MEDIO**, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño) antes de emitir aptitud por 12 meses

**RIESGO BAJO:** Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)

Firma Especialista:

*Dr William Bates*

 William Bates

Estado:

Finalizada

Firmar?

La opción de firmar solo funciona en el estado 'Finalizada'.

Guardar

Cancelar (/Formulario\_S\_O/Details/28132)

© 2024 - Formulario de Salud Ocupacional

*Dr. William Bates*  
*23/10/24*

