Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.
(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

1. FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	JOSE ARAMIS LOPEZ PERALTA		Fecha:14/07/2021
DNI 04900722739	F. Nacimiento:4/01/1984		Sexo M (X) F ( )
Área de trabajo:	OPERADOR DE EQUIPO PESADO		Tipo Licencia:3
Empresa	IDC		
Trabaja de noche	Si (X) No ( )	# días trabajo: 5	# días descanso: 2
Años que trabaja en dicho horario de trabajo	_____**10 mese** _____		

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Ápnea del sueño	Si ( ) No (X)	Último control:	
HTA: Si ( ) No (X)	Medicación: (riesgo >2)		
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si ( ) No (X)	Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si ( ) No (X) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si ( ) No (X) (si es NO, pase a sección 4)	

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

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

3. ENTREVISTA AL PACIENTE:

	SI	NO
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir		X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme		X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)		X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja		X

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

04900722273-9
- Jose aramis lopez

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____

Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

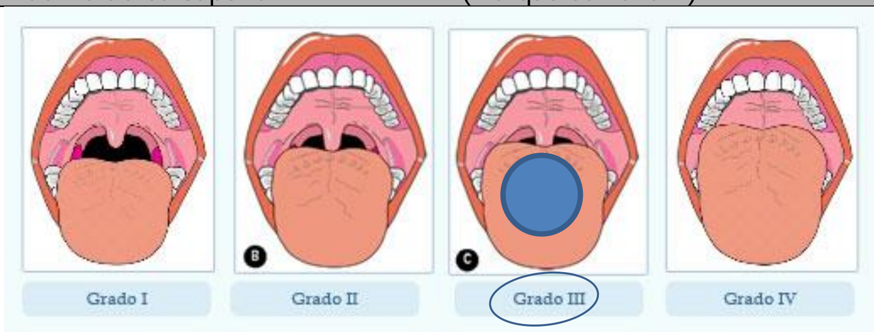
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?		X
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado “por falla humana”		X
Está recibiendo tratamiento para Ápnea del sueño con CPAP		X
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		X

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)	Total puntos (sumatoria) >10**

4. EXÁMEN FÍSICO:

Peso (kg): _____78.93____	Talla (mts): ____172.____	IMC (Kg/m2): _26.46_______ (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: ______43.0.___ (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si (X) No ( )	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si ( ) No ( )
P. Sistólica: ___130___ mm Hg	P. Diastólica: ___90___ mm Hg	HTA nueva Si (X) No ( )

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



5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

	SI	NO
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta	SI	NO
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 ápnea-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)	X	

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.	049-00 72273-9 – Joseoramis 10PE Firma del trabajador o postulante DNI: ____________________	 Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura Observaciones/recomendaciones:

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.	049007227.3-9 - Joseoramis 10PE Firma del trabajador o postulante DNI: ____________________	 Índice Derecho