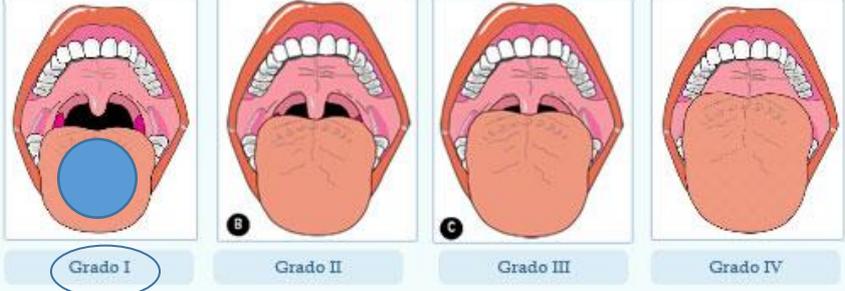


<b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b> (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)					
<b>1. FILIACIÓN</b>					
Apellidos y Nombres		MARCOS ANTONIO MUÑOZ RAMOS		Fecha:16/03/22	
DNI	0480069851 8	F. Nacimiento: 10/08/1979		Sexo	M ( X ) F ( )
Área de trabajo:		CHOFER		Tipo Licencia: 04	
Empresa		MAIMON TAXI			
Trabaja de noche		Si ( ) No ( X )	# días trabajo:4	# días descanso:2	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo					
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>					
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):					
				<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Criterio 1:</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)					
<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)					
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 (benzodiazepinas, 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				<b>SI</b>	<b>NO</b>
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)					
<b>3. ENTREVISTA AL PACIENTE:</b>					
				<b>SI</b>	<b>NO</b>
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
¿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 Apnea del sueño con CPAP					X
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño					X
<b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b> (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)			Total puntos (sumatoria) >10**		

4. EXÁMEN FÍSICO:		
Peso (kg): <u>86</u>	Talla (mts): <u>1.77</u>	IMC (Kg/m2): <u>27.26</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>38</u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si ( ) No ( )
P. Sistólica: <u>120</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> mm Hg	HTA nueva Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)		
		
5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN		
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta	SI	NO
<b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)		
<p><b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth &gt; 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p><b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>		
<b>Acción requerida:</b> en <b>RIESGO ALTO</b> , el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)		
<b>RIESGO MEDIO:</b> (Criterio C, D o E positivo)		
<p><b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth &gt;10)</p> <p><b>Criterio D:</b> Cumple con 2 o más de los siguientes:  IMC mayor o igual a <b>30</b>  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</p> <p><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico* (Mallampati III o IV)</p>		
<b>Acción requerida:</b> en <b>RIESGO MEDIO</b> , 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.		
<b>RIESGO BAJO:</b> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)	X	
Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura		
 Escaneado con CamScanner		
 Escaneado con CamScanner		
Observaciones/recomendaciones:		

