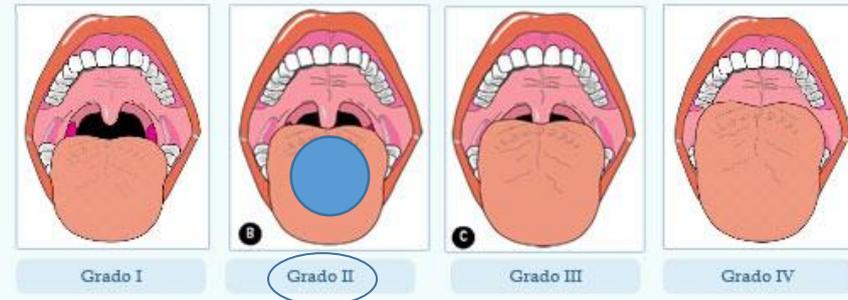


| FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos) | | | |
|---|-------------|--|------------|
| 1. FILIACIÓN | | | |
| Apellidos y Nombres | | CORPORAN OVALLES | |
| Fecha: | | 28/03/22 | |
| DNI | 03700855681 | F. Nacimiento: | 05/06/1980 |
| Sexo | | M (X) F () | |
| Área de trabajo: | | CHOFER | |
| Tipo Licencia: | | 04 | |
| Empresa | | J-FORTUNA | |
| Trabaja de noche | | Si () No (X) | |
| # días trabajo: | | # días descanso: | |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | | | |
| 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 (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 | | 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 |
| ¿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 |
| PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3) | | Total puntos (sumatoria) >10** | |
| 4. EXÁMEN FÍSICO: | | | |

| | | |
|---|--|---|
| Peso (kg): <u>102</u> | Talla (mts): <u>1.67</u> | IMC (Kg/m ²): <u>36.48</u> (> 35 es de alto riesgo) |
| Circunferencia de cuello: <u>43</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>139</u> mm Hg | P. Diastólica: <u>90</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 |
| 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) | X | |

Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura

Dr. Peterson Pierre

Observaciones/recomendaciones: