

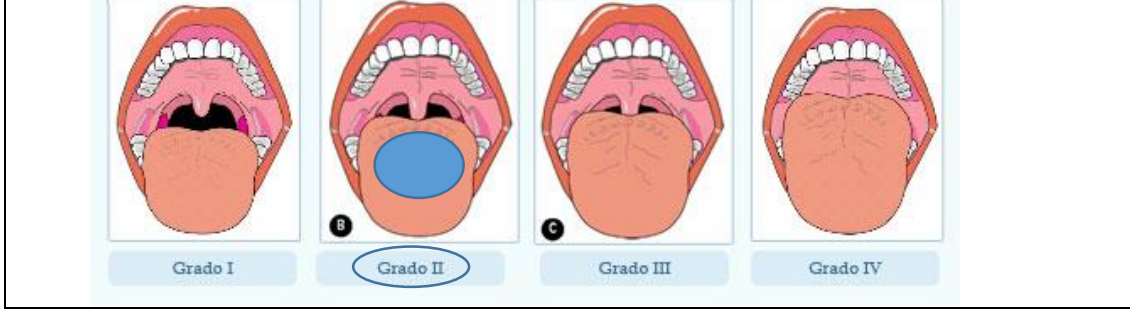
<b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b> <b>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)</b>			
<b>1. FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombres		YANET DE LA CRUZ HEREDIA	Fecha 31/03/2022
DNI	40221576818	F. Nacimiento 19/12/1990	Sexo M ( ) F ( X )
Área de trabajo:		OPERADORA	Tipo Licencia:
Empresa		BARRICK	
Trabaja de noche	Si ( ) No ( )	# días trabajo:	# días descanso:
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>
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)			<b>NO</b>
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): 60	Talla (mts): <u>  1.57  </u>	IMC (Kg/m2): 24.51 (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>  33  </u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> )    No ( <input type="checkbox"/> )	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si ( <input type="checkbox"/> )    No ( <input type="checkbox"/> )
P. Sistólica: <u>  110  </u> mm Hg	P. Diastólica: <u>  80  </u> mm Hg	HTA nueva Si ( <input type="checkbox"/> )    No ( <input type="checkbox"/> )

**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)  <b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año) <b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)		
<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) <b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10) <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 <b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)		
<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**

*Dr. Peterson Pierre*

Observaciones/recomendaciones: