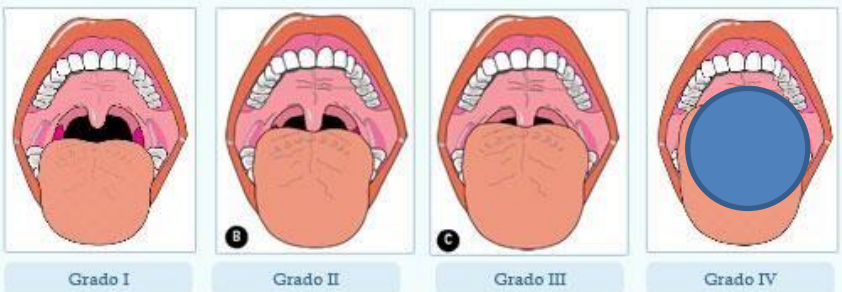
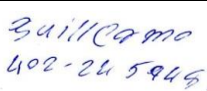


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		GUILLERMO TAPIA SALCEDO	
DNI		40224594875	
F. Nacimiento		25/8/1994	
Sexo		M (X) F ()	
Área de trabajo:		CHOFER	
Tipo Licencia:		3	
Empresa		COLDIAZ	
Trabaja de noche		Si () No (X)	
# días trabajo:		5	
# días descanso:		2	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		2 AÑOS	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
Apnea del sueño		Si (X) No ()	
Ultimo control:		HACE 1 AÑO	
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 () (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	

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.	Firma del trabajador o postulante DNI: _____	Índice Derecho
--	---	----------------

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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>70</u> KG	Talla (mts): <u>168</u> CM	IMC (Kg/m2): <u>24.80</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>35</u> (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: <u>100</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>70</u> mm Hg	HTA nueva Si () No (X)
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)		
 Grado I Grado II Grado III Grado IV		
5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN		
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta		SI NO
RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo) <u>Criterio A:</u> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año) <u>Criterio B:</u> 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) <u>Criterio C:</u> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10) <u>Criterio D:</u> 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 <u>Criterio E:</u> 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 – N° de Colegiatura		
		
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.		 402-24 59467-5 Firma del trabajador o postulante DNI: _____
		 Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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.

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____

Índice Derecho