

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		MARCIAL CEBALLOS, CARLOS DOMINGO		Fecha: 08/10/2021		
DNI	0580031845 2	F. Nacimiento: 04/02/1990		Sexo	M (X) F ()	
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION		Tipo Licencia: 4		
Empresa		IDC				
Trabaja de noche		Si (X) No ()	# días trabajo:	# días descanso:		
Años que trabaja en dicho horario de trabajo						
2. ANTECEDENTES PERSONALES						
Apnea 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						
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme						
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)						
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja						
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?						
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		 Índice Derecho		
		DNI:				

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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>77.11</u>	Talla (mts): <u>1.75</u>	IMC (Kg/m2): <u>25.10</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>42.5</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>100</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>70</u> mm Hg	HTA nueva Si (<input checked="" 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
RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)		
<p>Criterio A: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p>Criterio B: Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>		
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)		
<p>Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)</p> <p>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</p> <p>Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)</p>		
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.	 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