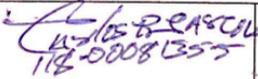


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres	CARLOS R. GARCIA ACEVEDO	Fecha:	20/11/2021
DNI	11800081355	F. Nacimiento	13/10/1978
Área de trabajo:	OP. DE EQUIPO PESADO	Sexo	M (X) F ()
Empresa	IDC	Tipo Licencia:	4
Trabaja de noche	Si (X) No ()	# días trabajo:	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		# días descanso:	
		8 MESE	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
Apnea del sueño	Si () No (X)	Ultimo 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 (benzodiacepinas, 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	

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:

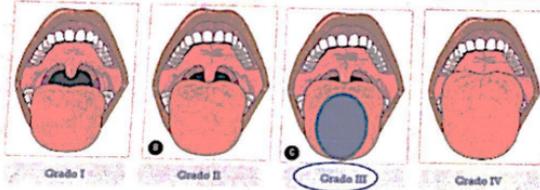


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño	<input checked="" type="checkbox"/> X
PUNTAJACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)	Total puntos (sumatoria) >10*

4. EXÁMEN FÍSICO:		
Peso (kg): 76.20	Talla (mts): 162.56	IMC (Kg/m2): 28.84 (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: 39.0 (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: 110 mm Hg	P. Diastólica: 80 mm Hg	HTA nueva Si (X) 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

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.

Carlos Pizarro
118-0008125-5
Firma del trabajador o postulante
DNI:



Índice Derecho