|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.**  **(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal,**  **transporte de materiales peligrosos)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **FILIACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombres | | EDWIN MANUEL REYES BRITO | | | | | | | | | | Fecha 14/07/2021 | | | | | | |
| DNI | 04800667422 | F. Nacimiento:29/06/1975 | | | | | | | | | | Sexo | | | M ( X ) F ( ) | | | |
| Área de trabajo: | | OPERADOR DE EQUIPO PESADO | | | | | | | | | | Tipo Licencia: 3 | | | | | | |
| Empresa | | IDC | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabaja de noche | | Si (X) No ( ) | | | | | # días trabajo: | | | | | | | # días descanso: | | | | |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |
| 1. **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 (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) | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| 1. **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 Ápnea 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\*\* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **EXÁMEN FÍSICO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peso (kg): \_\_\_\_76.20\_\_\_\_ | | | Talla (mts): \_\_\_\_175.1\_\_\_\_\_ | | | | | | | IMC (Kg/m2): \_\_\_24.81\_\_\_\_  (> 35 es de alto riesgo) | | | | | | | | |
| Circunferencia de cuello:  \_\_\_\_\_\_42.0\_\_\_ (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: \_\_\_120\_\_\_\_ mm Hg | | | | P. Diastólica: \_\_\_70\_\_\_ mm Hg | | | | | | | HTA nueva Si ( X ) No ( ) | | | | | | | |
| Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mallampati | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **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 ápnea-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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |