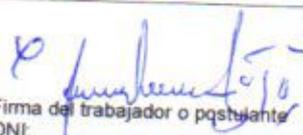


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres	LOPEZ ALVAREZ, FRANCISCO		Fecha: 08/10/2021
DNI	12300056277	F. Nacimiento: 04/12/1965	Sexo M (<input checked="" type="checkbox"/>) F ()
Área de trabajo:	CHOFER DE CAMION		Tipo Licencia: 3
Empresa	IDC		
Trabaja de noche	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No ()	# días trabajo:	# días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo			
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
Apnea del sueño	Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Último control:	
HTA: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Medicación: (riesgo >2)		
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) (si es NO, pase a sección 4)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):			
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)	SI	NO	
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	
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:	Índice Derecho 

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

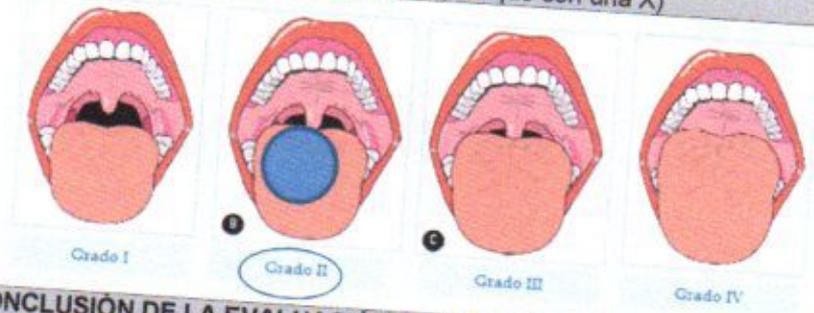
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño X

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) Total puntos (sumatoria) >10**
 (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)

4. EXÁMEN FÍSICO:

Peso (kg): <u>59.87</u>	Talla (mts): <u>1.73</u>	IMC (Kg/m2): <u>20.07</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>36.5</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>110</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> 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

RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)	SI	NO
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)	SI	NO
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 vehiculos (ningún criterio positivo)	SI	NO
	X	

Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura X

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
--	---	----------------



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