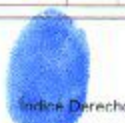


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.			
(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		BUENO RONDON, FRANKLIN	
DNI	22500864255	F. Nacimiento	25/08/1993
Área de trabajo:		OPERADOR DE EQUIPO PESADO	
Empresa		IDC	
Trabaja de noche		Si (X) No ()	# días trabajo: 0 # días descanso: 0
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		NEGADO	
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 hace 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?			
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"			
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP			
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. Firma del trabajador o postulante  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) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)		Total puntos (sumatoria) >10**
4. EXÁMEN FÍSICO:		
Peso (kg): <u>87.09</u>	Talla (mts): <u>1.73</u>	IMC (Kg/m ²): <u>29.19</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>44.2</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>120</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>90</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		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 – N° 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		Firma del trabajador o postulante Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

--

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