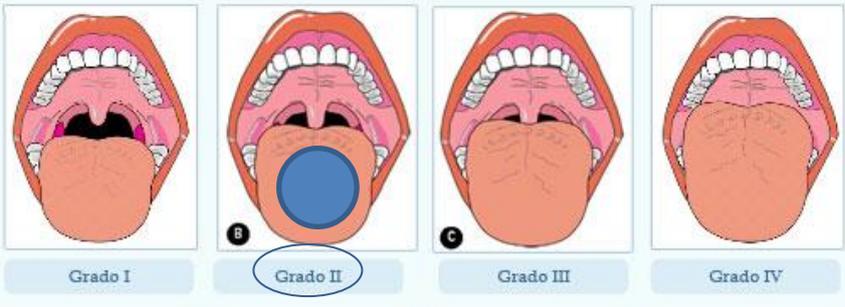


## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

<b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b> <b>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)</b>			
<b>1. FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombres		ZAPATA MEJIA, FRANKLYN ANTONIO	Fecha: 02/11/2021
DNI	04800543391	F. Nacimiento: 15/12/1976	Sexo: M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( )
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION	Tipo Licencia: 4
Empresa: MAIMON TAXI			
Trabaja de noche		Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )	# días trabajo: # días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		0	
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>			
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):			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
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		<b>SI</b>	<b>NO</b>
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)			
<b>3. ENTREVISTA AL PACIENTE:</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
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
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

Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b> (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)		Total puntos (sumatoria) >10**	
<b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>			
Peso (kg): <u>60.68</u>	Talla (mts): <u>1.63</u>	IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): <u>23.00</u> (> 35 es de alto riesgo)	
Circunferencia de cuello: <u>42</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>130</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> mm Hg	HTA nueva Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)			
			
<b>5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>			
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)			
<p><b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth &gt; 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p><b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acción requerida:</b> en <b>RIESGO ALTO</b> , el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)			
<b>RIESGO MEDIO:</b> (Criterio C, D o E positivo)			
<p><b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth &gt;10)</p> <p><b>Criterio D:</b> Cumple con 2 o más de los siguientes:                      IMC mayor o igual a <b>30</b>                      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><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico* (Mallampati III o IV)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acción requerida:</b> en <b>RIESGO MEDIO</b> , 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.			
<b>RIESGO BAJO:</b> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.		Firma del trabajador o postulante DNI: _____	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