

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		ENCARNACION ROMAN, JOSE LUIS		Fecha: 06/10/2021		
DNI	4022221739 6	F. Nacimiento:	19/09/1991	Sexo	M (☒) F (☐)	
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION		Tipo Licencia: 3		
Empresa		IDC				
Trabaja de noche		Si (☒) No (☐)	# días trabajo	# días descanso:		
Años que trabaja en dicho horario de trabajo						
2. ANTECEDENTES PERSONALES						
Apnea del sueño		Si (☐) No (☒)	Último control:			
HTA: Si (☐) No (☒)		Medicación: (riesgo >2)				
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si (☐) No (☒)		Fecha de última PSG:	N/A			
Antecedente de choque de vehículo:		En mina: Si (☐) No (☒) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si (☐) No (☒) (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					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
Declaro que las respuestas son ciertas según mi leer y entender. En caso de ser requerido, los resultados del examen médico pueden ser revisados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.		<i>Jose Luis Encarnacion Roman</i> _____ Firma del trabajador o postulante		 Índice Derecho		

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"	☐	X
Está recibiendo tratamiento para Apnea 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**
4. EXÁMEN FÍSICO:		
Peso (kg): <u>101.60</u>	Talla (mts): <u>1.75</u>	IMC (Kg/m ²): <u>33.08</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>44</u> (cm)	Varón (menor de 43.2 cm, es normal) Normal: Si () No (X)	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si () No ()
P. Sistólica: <u>120</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)		
 Grado I Grado II Grado III Grado IV		
5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN		
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta	SI	NO
RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)		
<u>Criterio A:</u> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año) <u>Criterio B:</u> 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)		
<u>Criterio C:</u> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth > 10) <u>Criterio D:</u> Cumpla 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 <u>Criterio E:</u> Evaluación de vía aérea superior patológica* (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		
Declaro que las respuestas son ciertas según mi buen 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 empresa. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.		José Luis Encarnación Roman 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