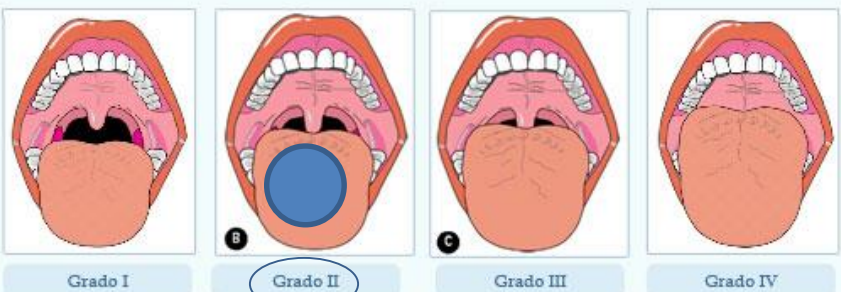


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)						
1. FILIACIÓN						
Apellidos y Nombres		HERNANDEZ NUÑEZ, JOSE MANUEL		Fecha: 05/11/2021		
DNI	04900787203	F. Nacimiento: 14/12/2021		Sexo	M (☒) F (☐)	
Área de trabajo:		TECNICO-MECANICO EQUIPO PESADO		Tipo Licencia: N/A		
Empresa		BARRICK				
Trabaja de noche		Si (☐) No (☒)		# días trabajo:	# días descanso:	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		4 AÑOS				
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
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

¿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
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>116.57</u>	Talla (mts): <u>1.70</u>	IMC (Kg/m2): <u>40.25</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>50</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>130</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		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		
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