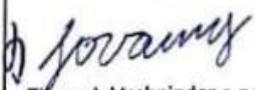


## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

<b>FICHA DE TECCI DE S.A.S.</b>					
(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales elisosos)					
<b>1. FILIACION</b>					
Nombres		ESPINAL ESPINO JOVANNY		Fecha: 05/11/2021	
DNI	11800115286	F. Nacimiento:	23/03/1985	Sex	M      F ( )
Tipo de trabajo:		CHOFER DE BUS		Tiempo Licencia: 2	
Empresa		Maimon taxi			
Trabaja de noche		Si			
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		* días de descanso:			
No X					
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES de apnea del sueño</b> Si No X					
HTA: Si ( ) No (X)		Ultimo control:			
		Medicación: (riesgo			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: ( ) No (X)		Fecha de última PSG:	WA		
Antecedente de choque de vehículo:		En mina: Si ( ) No (X) si es NO ase a sección 4		Fuera de mina: ( ) X) si es NO se a sección 4	
Detalle lo siguiente de los antecedentes de los choques o accidentes :					
				NO	
Criterio 1: Se cabeceó- y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo a una vez					
Criterio 2 (20 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 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 o sobretiempo					
Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del estudiante					
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)				NO	
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)					
Accidente con escasa evidencia/ sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)					

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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>			
			NO
En los últimos 5 años su	a o es a le ha comentado ue ronca al dormir	X	
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al res irar mientras duerme		X	
En los últimos 5 años, su pareja O esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme ausa res iratoria			X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio ue ellos mientras traba a			X
Tiene usted un familiar con nea del sueño?			X
Ha tenido a n accidente o incidente vehicular considerado falla humana-			X

<p>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.</p>	 Firma del trabajador o postulante DNI:	 Índice Derecho
---	---	--

Está recibiendo tratamiento ra	ea del sueño con CPAP	X
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		X
PUNTUACI N DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) Nunca=0 ca=1 moderada=2 alta=3		Tota' pullos (surnatoria) >10"
<b>4. MEN F SICO:</b>		
Peso (kg): 68.04	Talla (mts): _____ 1.63	IMC (Kg/m2): _25.75 > 35 es de alto ri o
Circunferencia de cuello; 41 _ (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es ruma!) Normal: Si ( X ) No ( )	Mujer de Cm, Normal: ) NOC )
P. Sistólica: _____120 mm	P. Diastólica: _____80 mm	HTA nueva Si( X ) )
Evaluación de via aérea su erior MALLAMPATI ue con una		

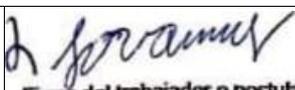
## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

# 9660



Crise u

### 5. CONCLUSI N DE LA EVALUAC N

Am liación: oximetría, lisomn rafia. se uimiento tratamiento interconsulta	SI	NO
<b>RIESGO ALTO; (criterio A o B positivo)</b> <u>Criterio A:</u> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante incidente por somnolencia 0 con alta sospecha (último año) <u>Criterio B:</u> Antecedente de SAS sin control reciente o Sin cumplimiento de tratamiento con CPAP o cirugía		
<b>Acción requerida:</b> en RIESGO ALTO, el paciente requiere pruebas ampliatorias oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de nea del sueño		
<b>RIESGO MEDIO: (Criterio C, D o E positivo)</b> <u>Criterio C:</u> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos 4 pausas respiratorias + Epworth >10) <b>IMC mayor o igual a 30</b> <u>Criterio D:</u> Cumple con 2 o más de los siguientes: Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación) Circunferencia del cUe110 anormal Puntuación de Epw'orth 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 rior atol • • Mal/ tillio		
<b>Acción requerida:</b> en RIESGO MEDIO, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento dea nea del sueño antes de emitir a titud r 12 meses.		
<b>RIESGO BAJO:</b> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)	X	
<b>Nombre y Apellidos del Médico — NO de Colegiatura</b>  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.	 <b>Firma del trabajador o postulante</b> CXI:	 <b>Indica Derecho</b>

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

--

Declaro que las respuestas son correctas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del médico serán revelados. A términos de Salud Ocupacional la LOS puede ser

*J. Joranny*

**Finna del trabajador o post**

DNI:



**Índice Derecho**