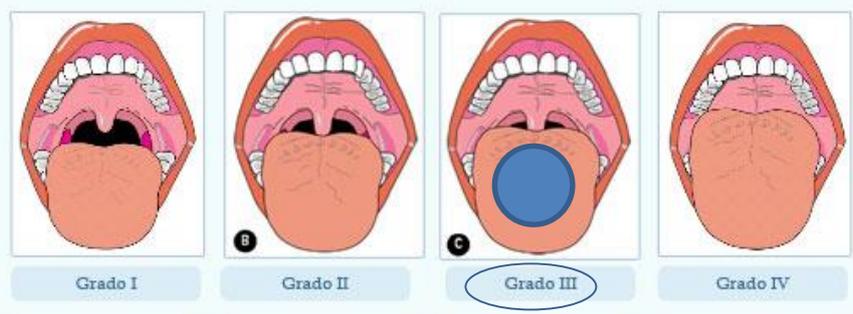


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		ROBERTO CONCEPCION FERREIRAS	Fecha: 16/11/2021
DNI	04900710858	F. Nacimiento 09/03/1982	Sexo M (<input checked="" type="checkbox"/>) F ()
Área de trabajo:		OP. DE EQUIPO PESADO	Tipo Licencia: 5 Y 3
Empresa		IDC	
Trabaja de noche		Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	# días trabajo: 5 # días descanso: 2
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		<u>1 AÑO</u>	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
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):			
		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
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"/>
PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)		Total puntos (sumatoria) >10**	
4. EXÁMEN FÍSICO:			
Peso 81.65_____	Talla (mts): _____170.18_____	IMC (Kg/m ²): 28.65_____ (> 35 es de alto riesgo)	
Circunferencia de cuello: _____39.5_____ (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: ___120___ mm Hg	P. Diastólica: ___81___ mm Hg	HTA nueva Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
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)			
<p>Criterio A: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p>Criterio B: Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>			
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)			
<p>Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)</p> <p>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</p> <p>Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)</p>			
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)		<input checked="" 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