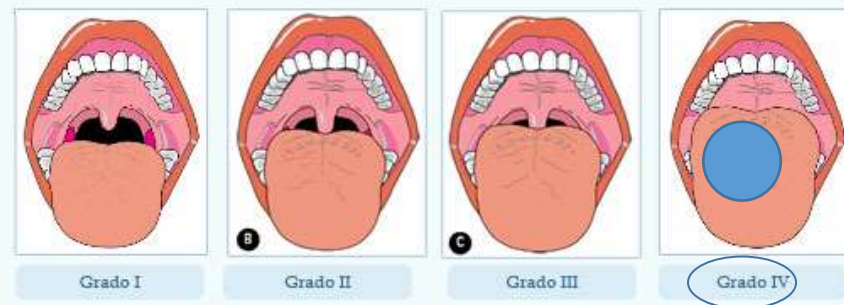


| <b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b><br><b>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)</b>                                                        |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. FILIACIÓN</b>                                                                                                                                                                               |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                               |               | FRANKELLY FABIAN MINAYA                                                                                             |                                                                                                                           | Fecha:15/2/2024                                                               |
| DNI                                                                                                                                                                                               | 402-2197102-7 | F. Nacimiento:                                                                                                      | 9/8/1992                                                                                                                  | Sexo M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> ) |
| Área de trabajo:                                                                                                                                                                                  |               | CHOFER                                                                                                              |                                                                                                                           | Tipo Licencia: 3                                                              |
| Empresa                                                                                                                                                                                           |               | CENTRO DE SERVICIOS MORENO,SRL                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                               |
| Trabaja de noche                                                                                                                                                                                  |               | Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )                                          | # días trabajo:5                                                                                                          | # días descanso:2                                                             |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo                                                                                                                                                      |               | <b>Nuevo ingreso</b>                                                                                                |                                                                                                                           |                                                                               |
| <b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>                                                                                                                                                                 |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |
| Ápnea del sueño                                                                                                                                                                                   |               | Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                          | Último control:                                                                                                           | -----                                                                         |
| HTA: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                                                                   |               | Medicación: (riesgo >2)                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                               |
| Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez:<br>Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                         |               | Fecha de última PSG:                                                                                                | N/A                                                                                                                       |                                                                               |
| Antecedente de choque de vehículo:                                                                                                                                                                |               | En mina: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>(si es NO, pase a sección 4) | Fuera de mina: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>(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>                                                                                                                 |                                                                               |
| <b>Criterio 1:</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)                                                                                       |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |
| <b>Criterio 2</b> (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)                                                     |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |
| <b>Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante</b>                                                                                                                  |               | <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                                                                                                                     |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme                                                                                            |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)                                                                                 |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja                                                                                             |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| ¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?                                                                                                                                                     |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"                                                                                                                    |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP                                                                                                                                         |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño                                                                                                               |               |                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                       |                                                                               |
| <b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b><br>(Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)                                                                                                          |               | Total puntos (sumatoria) >10**                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                               |
| <b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>                                                                                                                                                                          |               |                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                               |

|                                      |                                                                |                                                              |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Peso (kg): 91.63                     | Talla (mts): 190.5cm                                           | IMC (Kg/m2): 25.25<br>(> 35 es de alto riesgo)               |
| Circunferencia de cuello:<br>42 (cm) | Varón (menor de 43,2 cm, es normal)<br>Normal: Si ( X ) No ( ) | Mujer (menor de 40.6 cm, es normal)<br>Normal: Si ( ) No ( ) |
| P. Sistólica: __110__ mm Hg          | P. Diastólica: __70__ 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 |
| <b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)<br><br><b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)<br><b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| <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)<br><b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)<br><b>Criterio D:</b> Cumple con 2 o más de los siguientes:<br>IMC mayor o igual a 30<br>Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación)<br>Circunferencia del cuello anormal<br>Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16<br>Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento<br>Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30<br><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV) |    |    |
| <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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X  |    |

Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura

Aux. Hernandez