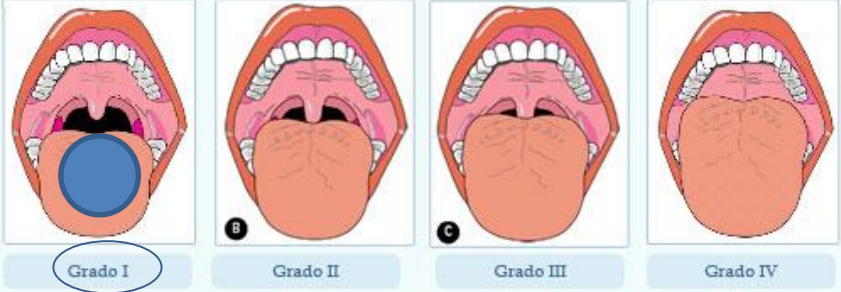


## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.<br>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal,<br>transporte de materiales peligrosos)                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                     |     |                                                                                                                           |                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. FILIACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                                                                                     |     |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | PORTORREAL VELASQUEZ, SILVESTRE                                                                                     |     | Fecha: 09/11/2021                                                                                                         |                                                                          |           |
| DNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 05900141382 | F. Nacimiento: 26/11/1974                                                                                           |     | Sexo                                                                                                                      | M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> ) |           |
| Área de trabajo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | TRANSPORTE                                                                                                          |     | Tipo Licencia: 3                                                                                                          |                                                                          |           |
| Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | IDC                                                                                                                 |     |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| Trabaja de noche                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                          |     | # días trabajo:                                                                                                           | # días descanso:                                                         |           |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | <b>0 AÑOS</b>                                                                                                       |     |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| <b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                     |     |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| Apnea 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: 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> |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                                                                                     |     |                                                                                                                           | <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                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                     |     |                                                                                                                           |                                                                          | 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 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<br>DNI:                                                                           |     | Índice Derecho                                                                                                            |                                                                          |           |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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): <u>93.89</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Talla (mts): <u>1.78</u>                                                                         | IMC (Kg/m2): <u>29.70</u><br>(> 35 es de alto riesgo)        |
| Circunferencia de cuello:<br><u>44</u> (cm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Varón (menor de 43,2 cm, es normal)<br>Normal: Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | Mujer (menor de 40.6 cm, es normal)<br>Normal: Si ( ) No ( ) |
| P. Sistólica: <u>135</u> mm Hg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | P. Diastólica: <u>87</u> mm Hg                                                                   | HTA nueva Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )  |
| Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |                                                              |
| <b>5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                              |
| *Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  | SI      NO                                                   |
| <b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                              |
| <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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                              |
| <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 <b>30</b><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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                          |
| 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<br>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