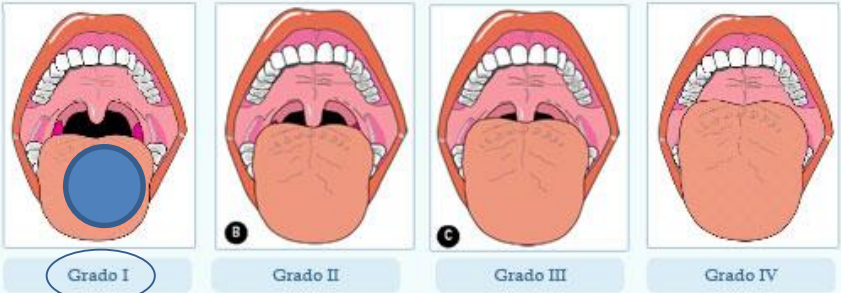


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)					
1. FILIACIÓN					
Apellidos y Nombres		CORPORAN FERMIN, WILLY		Fecha: 04/11/2021	
DNI	06800529023	F. Nacimiento:	30/06/1988	Sexo: M (X) F ()	
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION		Tipo Licencia: 4	
Empresa		IDC			
Trabaja de noche		Si () No (X)	# días trabajo:	# días descanso:	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		0			
2. ANTECEDENTES PERSONALES					
Ápnea del sueño		Si () No (X)	Último control:		
HTA: Si () No (X)		Medicación: (riesgo >2)			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (X)		Fecha de última PSG:	N/A		
Antecedente de choque de vehículo:		En mina: Si () No (X) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si () No (X) (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
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP					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

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>103.42</u>	Talla (mts): <u>1.80</u>	IMC (Kg/m2): <u>31.80</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>47</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>110</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>70</u> mm Hg	HTA nueva Si (X) No ()
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)		
 Grado I Grado II Grado III Grado IV		
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		
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