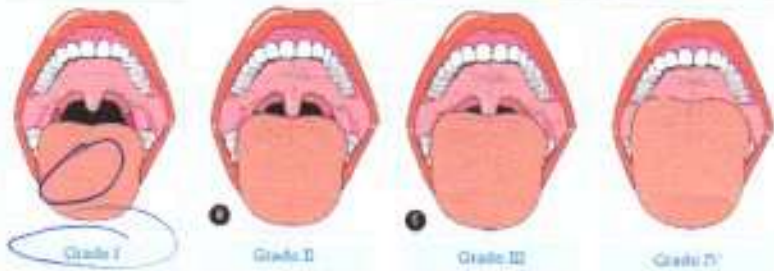


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)					
1. FILIACIÓN					
Apellidos y Nombres		VARGAS CANELA, YSIDRO		Fecha: 05/10/2021	
DNI	1180012139 1	F. Nacimiento:	15/03/1974	Sexo	M (☒) F (☐)
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION		Tipo Licencia: 3	
Empresa		IDC			
Trabaja de noche		Si (☐) No (☒)		# días trabajo:	# días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		0			
2. ANTECEDENTES PERSONALES					
Apnea del sueño		Si (☐) No (☒)		Último control:	
HTA: Si (☐) No (☒)		Medicación: (riesgo >2)			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si (☐) No (☒)		Fecha de última PSG:		N/A	
Antecedente de choque de vehículo:		En mina: Si (☐) No (☒) (si es NO, pase a sección 4)		Fuera de mina: Si (☐) No (☒) (si es NO, pase a sección 4)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):					
				SI	NO
Criterio 1: Se "cabecó" 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					
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hace ruidos al respirar mientras duerme					
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)					
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja					
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?					
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"					
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		☒
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		☒
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>80.74</u>	Talla (mts): <u>1.75</u>	IMC (Kg/m ²): <u>26.29</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>41</u> (cm)	Varón (menor de 43.2 cm, es normal) Normal: Si (☒) No (☐)	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si (☐) No (☐)
P. Sistólica: <u>126</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>81</u> mm Hg	HTA nueva Si (☒) 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 patológica* (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)		☒
Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura		
Observaciones/recomendaciones:		
Declaro que las respuestas son ciertas según mi leer, 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 ONI:	Indice Derecho
---	---	-----------------------