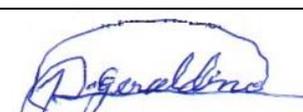
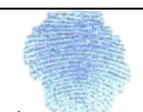
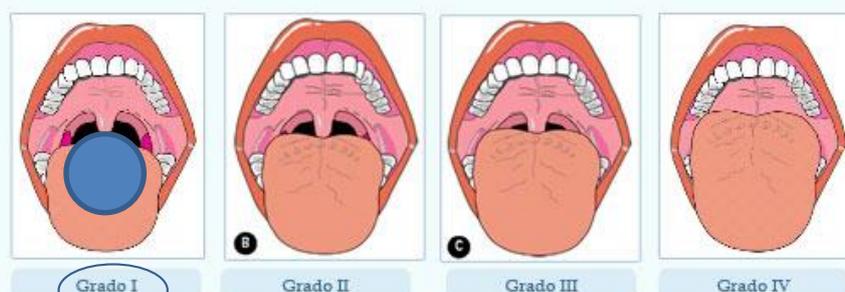


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos) | | | |
|--|---|---|---|
| 1. FILIACIÓN | | | |
| Apellidos y Nombres | GERALDINO, PEDRO | | Fecha: 02/10/2021 |
| DNI | 05800109455 | F. Nacimiento: 22/05/1955 | Sexo M (<input checked="" type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>) |
| Área de trabajo: | CHOFER DE CAMION | | Tipo Licencia: 3 Y 5 |
| Empresa | IDC | | |
| Trabaja de noche | Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) | # días trabajo: | # días descanso: |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | 0 | | |
| 2. ANTECEDENTES PERSONALES | | | |
| 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: 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"/>) (si es NO, pase a sección 4) | Fuera de mina: Si (<input type="checkbox"/>) 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 | |
| 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>82.55</u> | Talla (mts): <u>1.65</u> | IMC (Kg/m2): <u>30.28</u> (> 35 es de alto riesgo) |
| Circunferencia de cuello: <u>44</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>120</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) | | |
|  | | |
| 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) | | X |
| 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.

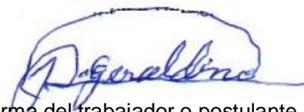

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____


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