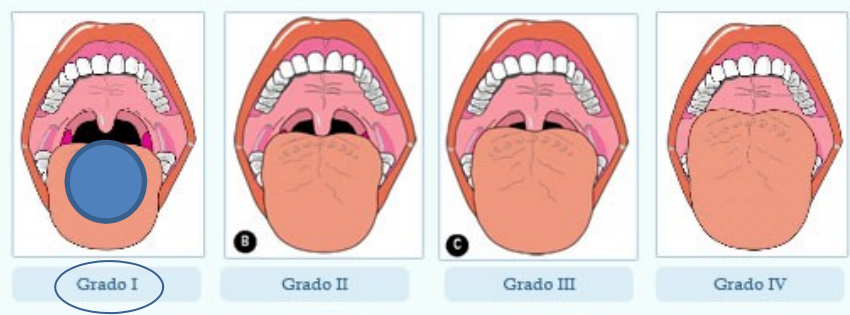


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)				
1. FILIACIÓN				
Apellidos y Nombres		HERNANDEZ, JOSE DOLORES	Fecha: 01/11/2021	
DNI	04900369747	F. Nacimiento: 08/05/1965	Sexo M (<input checked="" type="checkbox"/>) F ()	
Área de trabajo:		CHOFER DE CAMION	Tipo Licencia: 3	
Empresa		IDC		
Trabaja de noche	Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	# días trabajo:	# días descanso:	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		<u>0</u>		
2. ANTECEDENTES PERSONALES				
Ápnea del sueño	Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Último control:		
HTA: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Medicación: (riesgo >2)			
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)		Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si () 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			<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"/>
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		<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		<input checked="" type="checkbox"/>
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> 117.93 </u>	Talla (mts): <u> 1.80 </u>	IMC (Kg/m ²): <u> 36.26 </u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u> 44 </u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
P. Sistólica: <u> 124 </u> mm Hg	P. Diastólica: <u> 78 </u> mm Hg	HTA nueva Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
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)		<input checked="" type="checkbox"/>
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