

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

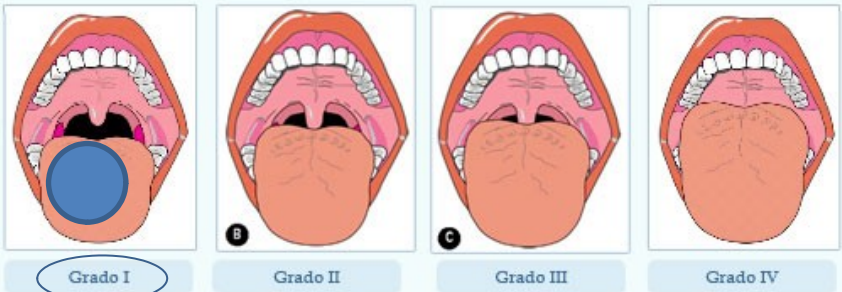
<b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b> (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
<b>1. FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombres		VALERIO DE LOS SANTOS PORTOLATIN	Fecha: 02/11/2021
DNI	00500466701	F. Nacimiento: 16/02/1979	Sexo M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> )
Área de trabajo:		SUPERVISOR	Tipo Licencia: 4
Empresa		MAIMON TAXI	
Trabaja de noche		Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	# días trabajo: 4 # días descanso: 3
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		<b>13 AÑOS</b>	
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>			
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):			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Criterio 1:</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)			
<b>Criterio 2</b> (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)			
<b>Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante</b>		<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  
DNI: \_\_\_\_\_

Índice Derecho

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"		X
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP		X
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		X
<b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b> (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)	Total puntos (sumatoria) >10**	
<b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>		
Peso (kg): <u>85.9</u>	Talla (mts): <u>167.64</u>	IMC (Kg/m2): <u>31.63</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>41.1</u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si ( X ) No ( )	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si ( ) No ( )
P. Sistólica: <u>120</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> mm Hg	HTA nueva Si ( X ) 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)		
<p><b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth &gt; 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p><b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>		
<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)		
<p><b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth &gt;10)</p> <p><b>Criterio D:</b> Cumple con 2 o más de los siguientes:                      IMC mayor o igual a <b>30</b>                      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><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)</p>		
<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)	X	
<b>Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura</b>		
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

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