|  |
| --- |
| **FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.** **(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal,** **transporte de materiales peligrosos)** |
| 1. **FILIACIÓN**
 |
| Apellidos y Nombres | SARAH E. MOREL DE OVALLES  | Fecha25/11/2021 |
| DNI | 40212956326 | F. Nacimiento 14/01/1969 | Sexo | M ( ) F ( X ) |
| Área de trabajo: | OP. DE EQUIPOS PESADOS  | Tipo Licencia: Negado |
| Empresa  | PVDC |
| Trabaja de noche | Si (X) No ( ) | # días trabajo:  | # días descanso:  |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | **\_\_\_\_\_\_\_Negado \_\_\_\_\_\_\_**  |
| 1. **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 (benzodiacepinas, 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) |  |  |
| 1. **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 Ápnea del sueño con CPAP |  | X |
| 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\*\*  |
|  |
| 1. **EXÁMEN FÍSICO:**
 |
| Peso (kg): \_\_68.04\_\_\_\_ | Talla (mts): \_\_\_\_160.02\_ | IMC (Kg/m2): \_26.57\_\_\_\_\_\_\_(> 35 es de alto riesgo) |
| Circunferencia de cuello: \_\_\_\_\_\_37.1\_\_\_ (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: \_\_\_100\_\_\_\_ mm Hg | P. Diastólica: \_\_\_60\_\_\_ mm Hg | HTA nueva Si ( X ) No ( ) |
| Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X) |
| mallampati |
| 1. **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 anormalPuntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimientoÍndice de ápnea-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 – Nº de Colegiatura**Observaciones/recomendaciones: |



 