

# Dirección General de Habilitación de Conductores ( GCBA )

Sr/Sra: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

## Certificado sobre las Apneas durante el Sueño y conducción de vehículos

(A ser completado por su médico)

1.- Resultado de la PSG / PG: Fecha: \_\_\_\_\_

PR (VN hasta 15): \_\_\_\_\_ ev/h

IAH: (VN hasta 5): \_\_\_\_\_ ev/h

2.- Somnolencia diurna: \_\_\_\_\_

Valor de la Escala de Epworth: (VN hasta 10): \_\_\_\_\_

3.- Titulación con equipo de CPAP:

No está indicada

Corrige con \_\_\_\_\_ cmH2O Fecha: \_\_\_\_\_

IPR: residual \_\_\_\_\_ ev/h

IAH: residual \_\_\_\_\_ ev/h

4.- Requiere control anual: NO  / SI

5.- IMC en el momento de extensión del certificado \_\_\_\_\_

6.- Requiere otro tipo de tratamiento: NO  / SI  : \_\_\_\_\_

### **Conclusiones:**

De acuerdo con el resultado de los estudios y referencias recogidas relacionadas a las apneas durante el sueño y somnolencia diurna informamos:

A.- No padece apneas durante el sueño ni refiere somnolencia.

SIN RESTRICCIÓN PARA LA CONDUCCIÓN

B.- Padece apneas durante el sueño

DEBE USAR EL CPAP TODAS LAS NOCHES.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Este Certificado no autoriza a conducir. La aprobación o no de la licencia queda a exclusivo criterio de los profesionales de la DGHC

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional

\_\_\_\_\_  
Fecha