

Dirección General de Habilitación a 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