CERTIFICADO SAHOS/NARCOLEPSIA

Sr. / Sra. : ..... DNI: .....Edad: .....

1. **Resultado de la PSG / PG**: …….....
2. Fecha: …… /…… / ……. PR (VN hasta 15) ev/h.
   IAH: (VN hasta 5) ev/h.
3. **Somnolencia diurna:**
   Valor de la Escala de Epworth: (VN hasta 10): .....
4. **Titulación con equipo de CPAP:**
   - ¿Está indicada? ☐ **NO** ☐ **SI**
   - Corrige con: ..... .cmH2O. Fecha: …… /…… / ……
   - IPR: residual ev/h.
   - IAH: residual ev/h.
5. **Requiere control anual:** ☐ **NO** ☐ **SI**
6. **IMC en el momento de extensión del certificado:** .....
7. **Requiere otro tipo de tratamiento:** ☐ **NO** ☐ **SI:**
   ……...
8. **Prueba de latencias múltiples del sueño (PLMS) solo en caso de sospecha de narcolepsia** ……..…….....

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.
C. **Padece narcolepsia:** ☐ **NO** ☐

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

_____/_____/_____

FIRMA Y SELLO *FECHA*

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"