

PROPUESTA de:

PROTOCOLO de EXPLORACIÓN

**a realizar en los
CENTROS de RECONOCIMIENTO de CONDUCTORES**

Historia Clínica

PROTOCOLO de EXPLORACIÓN

**Elaborada
Por Facultativos de la
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CRC_online**

El interesado, DECLARA no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico a que ha sido sometido. Así mismo, presta consentimiento para la realización de las exploraciones de las aptitudes a que se refiere el anexo IV del Reglamento General de Conductores y para que su resultado sea reflejado en los correspondientes documentos, tratado automáticamente y cedido a los órganos a que se refieren los artículo 1.2, 6, 25, 26 y concordantes del presente Reglamento. Art. 5 LOPD

Firma del INTERESADO _____

DATOS PERSONALES

1 Nº Expediente	2 Fecha	3 Obtención/ Prórroga	4 Clase de permiso		
5 Nombre	6 Apellidos	7 Edad	8 Sexo	9 DNI	
10 Dirección	11 Localidad	12 Provincia	13 CP		
14 ¿Estudios? : Nulos/Escasos	Básicos	Medios	Superiores	15 ¿De qué trabaja?	
16 ¿Situación laboral?: En activo	Paro	Baja laboral	Pensionista	Jubilado	Estudiante

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR

1 ¿Conduce Usted? Todos los días	Algún día semana	Algún día al mes	Algún día al año	Sí		
2 ¿Conduce algún vehículo para ir al trabajo o como parte del trabajo o negocio?						
3 ¿Conduce preferentemente por? : Ciudad					Carretera	Ambas
4 ¿Le han retirado alguna vez el permiso o la licencia? ¿Cuantas? ¿A qué se debió?						
5 ¿Esta bajo suspensión o privación del permiso o la licencia de conducción? ¿Por qué?						
6 ¿Ha sufrido algún accidente de tráfico? ¿Ha que se debió? ¿Secuelas?						

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

1 ¿Padece alguna enfermedad?	¿Cuál/Cuales?	Sí
2 ¿Ha estado ingresado en algún hospital?	¿Por qué?	
3 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente ?	¿De qué?	
3.1 Trasplante RENAL	3.5 Trasplante Médula Ósea	3.9 Revascularización Percutánea
3.2 Trasplante HEPÁTICO	3.6 Prótesis VALVULAR	3.10 Desfibrilador Sincróniz
3.3 Trasplante PULMONAR	3.7 Implante MARCAPASOS	3.11 CATARATAS
3.4 Trasplante CARDÍACO	3.8 By-pass CORONARIO	3.12 CIRUGÍA REFRACTIVA
4 ¿Toma algún medicamento o sigue algún TRATAMIENTO en la actualidad?		
<i>Fármaco</i>	<i>Dosis/Día</i>	<i>Prescripción</i>
4.1 Antidiab. orales ó Insulina	4.4 Analgésicos/Antitusivos	4.7 Anti-convulsiantes
4.2 Anticoagulantes - Sintróm	4.5 Hipotensores	4.8 Psicotropos
4.3 Quimioterapia/Radioterapia	4.6 Antihistamínicos	4.9 OTROS
5 ¿Le han operado de la cabeza, se ha dado un golpe o ha estado en coma? ¿Secuelas?		
6 ¿Ha sido tratado alguna vez por algún médico especialista o psicólogo? ¿De qué?		
7 ¿Sigue regularmente algún control analítico? ¿Por qué?		
8 ¿Ha estado alguna vez de baja laboral durante más de un mes? ¿Por qué?		

HÁBITOS TÓXICOS

1 ¿Toma algún medicamento sin prescripción médica?	¿Cuál? ¿Cuales?	Sí
2 ¿Toma alcohol al menos una vez por semana?	¿Cuantas UBE bebe en un día normal?	
3 ¿Ha tomado alguna sustancia (pastillas, porros, etc.) en el último año?	¿Cuál/Cuales?	
4 ¿Ha tenido o tiene problemas de salud debido al consumo de alcohol o drogas?	¿Cuál/es	

ESTUDIO MÉDICO GENERAL

I – Anamnesis Médica

¿HA TENIDO O TIENE?	Sí	¿HA TENIDO O TIENE?	Sí
1 ¿Enfermedades o operaciones de los ojos?		8 ¿Ronca y a veces se queda sin respiración?	
2 ¿Enfermedades o operaciones de los oídos?		9 ¿Somnolencia, sueño excesivo durante el día?	
3 ¿Mareos o vértigos?		10 ¿Dificultad para dormir?	
4 ¿Desmayos o pérdida de conciencia?		11 ¿Diabetes?	
5 ¿Epilepsia o crisis convulsivas?		12 ¿Fatiga o dificultad para respirar?	
6 ¿Pérdida de fuerza en extremidades?		13 ¿Palpitaciones?	
7 ¿Dificultad para hablar o escribir?		14 ¿Dolor en el pecho al hacer esfuerzos?	
15 ¿Enfermedades del Corazón?			
Insuficiencia cardiaca	Anginas de pecho	Infartos	Arritmias

II – Exploración Médica

1 – Inspección GENERAL

1 Inspección general	2 Piel y mucosas
3 Índice de masa corporal IMC = Peso (en Kg.) / Altura al cuadrado (en metros) > 40	

2 – Exploración de la CAPACIDAD VISUAL

							Sí
1 – INSPECCIÓN: Gafas Lentillas Prótesis Oc. Afaquia/Pseudofaquia Cirugía refractiva							
2 – AGUDEZA VISUAL							
<i>OJO Derecho</i>		<i>OJO Izquierdo</i>		<i>Visión BINOCULAR</i>			
<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>	<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>	<i>C Corrección</i>	<i>S Corrección</i>	ESTEREOPSIS	
						<i>Test del TNO</i>	
VISION MONOCULAR							
DIOPTRIAS (excede de + / - 8 dioptrías)							
3 – CAMPO VISUAL CENTRAL (30°)							
<i>Ojo Izqdo.</i>	<i>Ojo Dercho.</i>	<i>BINOCULAR</i>	ESCOTOMAS/REDUCCIONES SIGNIFICATIVAS REDUCCIÓN CONCÉNTRICA HEMIANOPSIA CUADRANTANOPSIA				
4 – TIEMPO DE RECUPERACION AL DESLUMBRAMIENTO > 10 segundos							
5 – MOTILIDAD OCULAR: Ptosis palpebral Forias Estrabismo Nistagmus Diplopías							
6 – OFTALMOSCOPIA DIRECTAS:							

3 – Exploración del SISTEMA CARDIOPULMONAR

	Sí
3.1 Exploración CARDIOCIRCULATORIA	
<i>Inspección:</i> Disnea Edemas Ascitis Varices Tromboflebitis Prótesis valvular Marcapasos Aneurismas interventricularr Desfibrilador By-pass coronario By-pass percutáneo Trasplante Cardiaco	
<i>Exploración:</i> Tensión Arterial..... Pulso..... Auscultación cardiaca: Ritmo..... Arritmias..... Soplos..... Nivel Funcional (NYHA): Tipo I..... Tipo II..... Tipo III..... Tipo IV.....	
<i>Otras exploraciones: ECG.....</i>	
3.2 Exploración RESPIRATORIA	
<i>Inspección:</i> Disnea SAOS (Obesidad, Cuello corto, Dificultad respiratoria vías altas)	
<i>Exploración:</i> Auscultación pulmonar: Roncus Sibilantes Crepitantes	
<i>Otras exploraciones:</i>	

4 – Exploración de la CAPACIDAD AUDITIVA

1 Inspección	Usa audífono	Sí
2 Otoscopia		
3 Audiometría		

	500	1000	2000	4000
O.D.				
O.I.				

Para CALCULAR la PTM Pérdida tonal Media de cada oído

$$OD = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB} \quad O.I. = \frac{500+1000+2000+4000}{4} = \text{dB}$$

Para CALCULAR el índice de pérdida combinada
(PTMOM x 7) + PTMOP

$$IPC (\%) = \frac{\text{PTMOM} \times 7 + \text{PTMOP}}{8} = \%$$

PTM Pérdida tonal Media (OM) Oído Mejor (OP) Oído Peor

5 – Exploración del SISTEMA LOCOMOTOR / NEUROLÓGICO

1 ¿No Mantiene la postura erguida sentado?		Sí
2 ¿Talla < 140cm?		
3 Limitación Movilidad de Cabeza y Cuello	(GIRO < 80°)	
4 Limitación Movilidad Columna Dorso - Lumbar	(GIRO < 45°)	
5 Limitación Movilidad Extremidades Superiores	L. Anatómica L. Funcional	
<i>Lado Izquierdo:</i>		
NIVEL: Hombro	Brazo Codo Antebrazo Muñeca Mano	Sin efecto Pinza
<i>Lado Derecho:</i>		
NIVEL: Hombro	Brazo Codo Antebrazo Muñeca Mano	Sin efecto Pinza
6 Limitación Movilidad Extremidades Inferiores	L. Anatómica L. Funcional	Sí
<i>Lado Izquierdo:</i>		
NIVEL: Cadera	Muslo Rodilla Pierna Tobillo Pié	Sin Retropié
<i>Lado Derecho:</i>		
NIVEL: Cadera	Muslo Rodilla Pierna Tobillo Pié	Sin Retropié
7 ¿Amputaciones? ¿Prótesis ortopédica? ¿Temblores? ¿Espasmos? Trastornos de Coordinación		Sí

6 – OTRAS EXPLORACIONES:

1 ¿Trasplante Renal y/o Hepático? ¿Fístulas para diálisis? Signos de Punción de Insulina		Sí
2 ¿Signos de intentos de autólisis?		
3 ¿Signos de Abuso o Dependencia a medicamentos/drogas o signos de Venopunción?		
4 <i>Signos de Abuso o Dependencia de alcohol?:</i> Embriaguez Fetor enólico Hepatomegalia Inyección conjuntival Arañas vasculares Temblor de manos Temblor de la lengua		

ESTUDIO PSICOLÓGICO

I - Anamnesis Psicológica

¿Cuál es su situación familiar? Soltero Casado Pareja Separado Viudo		Sí
¿Se lleva mal con algún familiar o amigo?		
¿Se lleva mal con sus compañeros de trabajo?		
¿Padece o ha padecido de los nervios, ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.? ¿De qué?		
¿Está o ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico? ¿por qué?		
¿Alguna vez no ha sabido dónde se encontraba ni como había llegado allí?		
¿Se olvida a menudo de las cosas?		
¿Ve u oye cosas que los demás no ven?		
¿Se siente perseguido o vigilado por los demás?		
¿Se ha sentido triste y deprimido sin saber por que?		
¿Alguna vez ha intentado acabar con su vida o ha pensado hacerlo?		
¿Le gustan las situaciones riesgo, cuando conduce?		
¿Es irrespetuoso con las normas de tráfico?		
¿Tiene miedo o temor exagerado a conducir?		

II- Exploración Psicológica

1 Aspecto personal	2 Actitud	3 Lenguaje	4 Orientación Temporo-Espacial
5 Nivel de vigilancia	6 Reacciones emocionales	7 Contenido del pensamiento	

1 – Trastornos MENTALES Y DE CONDUCTA.

8 – Deterioro Cognitivo	9 – Depresión / Ansiedad
10 – Psicosis	11 – Trastornos de la inteligencia

2 – Trastornos RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.

12- Trastornos relacionados con el alcohol	13- Trastornos relacionados medicamentos o drogas
--	---

3 – Aptitudes PERCEPTIVO MOTORAS.

14 Aptitud perceptivo motora			
14.1 Calidad de ejecución	14.2 Comprensión instrucciones	14.3 Atención	
14.4 Concentración	14.5 Nerviosismo – Tranquilidad		
14-A Velocidad de Anticipación	PC TM =	TENDENCIA A →	
14-B Coordinación Bimanual	PC TT =	PC NT =	MAYOR PRECISION →
14-C Tiempo de Reacción múltiple	PC MR	PC ER =	

DICTAMEN PARCIAL

<i>Dictamen Médico</i>		<i>Dictamen Psicológico</i>	
	1 – APTO		
	2 – APTO EXTRAORDINARIO		
	3 – NO APTO		
	4 – INTERRUMPIDO		
4.1 Negativa realizarlo	4.2 Completar examen		
4.3 Inactividad temporal	4.4 Petición Informe		

Firma del MÉDICO

Firma PSICÓLOGO

RECOMENDACIONES

1- Control por su médico o psicólogo
2- Deberá aportar informe en cada renovación
3- <i>CONSEJOS:</i>

DICTAMEN FINAL

1 – ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS (Anexo IV)	<i>Códigos</i>
2 – OBSERVACIONES(adaptaciones, restricciones y limitaciones)	<i>Códigos</i>

1 – APTO	
2 – APTO EXTRAORDINARIO	
3 – NO APTO	

FIRMA del DIRECTOR del Centro
LOCALIDAD, a de 2007