



EVALUACIÓN DE FATIGA DEL SUPERVISOR

KP-F-SST-89
V.1
NOV 2024

NOMBRE			
OCUPACIÓN		HORAS EN EL TURNO	
NATURALEZA DE LA TAREA			

1. OBSERVACIÓN

NOTA: Si se identifica 3 de estos comportamientos en un lapso de 15 minutos, se debe iniciar con un PLAN DE MITIGACIÓN DE FATIGA

	FÍSICO	MENTAL	EMOCIONAL
COMPORTAMIENTOS GENÉRICOS	Frotarse los ojos	Olvidos	Irritabilidad
	Bostezos	Se distrae con facilidad	Comunicación escueta
	Postura desplomada		Hipersensibilidad
	Parpadeo lento		
COMPORTAMIENTOS ESPECÍDICOS DE LA TAREA	Variabilidad de la velocidad	Falta de concentración	Retraído
	Reacciones tardías	Anticipación deficiente	Reacio a hablar
	Operación inadecuada del equipo	Desorientación en cuanto al espacio	Respuestas tardías
NO SE IDENTIFICA NINGUNO SE LOS COMPORTAMIENTOS ANTES MENCIONADOS			

ENCIERRE EN UN CIRCULO LA CATEGORÍA DE RIESGO MÁS ADECUADA PARA CADA PREGUNTA ENUMERADA A CONTINUACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
1 ¿Cuántas horas durmió en las últimas 24 horas?	7 o más	De 5 a 7	Menos de 5
2 ¿Cuántas horas durmió en las últimas 48 horas?	14 o más	De 12 a 14	Menos de 12
3 ¿Cuántas horas estará despierto hasta que finalice el turno?	Menos de 14 horas	De 14 a 16	Más de 16

4 ¿Se siente alerta? a. Se siente activo, alerta o despabilado b. Funciona en un buen nivel, pero no en el máximo nivel, capaz de concentrarse c. No tienen energía ni está completamente alerta, responde según sea necesario, pero requiere esfuerzo. Prefiere relajarse en lugar de estar activo. d. Un poco aletargado, dificultad para concentrarse, torpe y desmotivado e. Inclinación de la cabeza hacia adelante, lucha contra el sueño, irritabilidad, somnolencia, embotamiento, desearía recostarse	a y b	c	d y e
5 ¿Está tomando medicamentos u otras sustancias que podrían causar somnolencia o hacer que no este apto para el trabajo?	NO		SI
6. ¿Tiene estrés, problemas de salud u otros problemas personales que afecten significativamente su concentración o sueño?	NO		SI
NÚMERO DE CASILLAS			
FACTOR DE MULTIPLICACIÓN	X0	X1	X2
PUNTUACIÓN INDIVIDUAL DEL RIESGO			
PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO			
NIVEL DE RIESGO	CONTROLES SUGERIDOS		
RIESGO BAJO: De 0 a 2 y La persona se encuentra: <ul style="list-style-type: none"> Alerta, tolera a otros Parpadeos normales (menos de 1 segundo) Movimientos corporales coordinados 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir monitoreando Recordar a las personas las estrategias de manejo de fatiga y alerta (interacción con los demás, ejercicio, tomar aire fresco, etc) 		
RIESGO MODERADO: De 3 a 7 O bien La persona informa que está fatigada o muestra algunos de los siguientes indicios: <ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad/ impaciencia Cierra más prolongado del párpado Pensamientos errantes Se frota los ojos o la cara Contorsiones faciales, bostezo Movimientos inquietos 	<ul style="list-style-type: none"> Como se indicó anteriormente, además Analizar las posibles razones de la fatiga Rotar las tareas Fomentar el uso de estrategias de alerta Brindar la oportunidad de tomar descansos cortos/siestas breves de no más de 20 minutos Solicitar que el personal trabaje en conjunto (si es posible) Retirarse de un trabajo de seguridad vulnerable Evaluar la aptitud para el trabajo antes de permitir que la persona regrese a sus labores Programar una supervisión regular durante el resto del turno 		
RIESGO ALTO: De 8 a 12 O bien	<ul style="list-style-type: none"> Evitar de inmediato que la persona trabaje, y analizar las posibles causas y las medidas necesarias Determinar si la persona puede realizar tareas alternativas durante el resto del turno y administrarse en el trabajo 		

<p>La persona informa que está muy fatigada o es posible que muestre los siguientes signos graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silencio y retracción • Cierre prolongado del párpado (2 o más segundos) • Mirada fija, bostezos frecuentes • Dormitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede administrar en tareas alternativas, envíe a la persona a su casa (proporcione transporte)
---	--

Tuve una conversación individual con mi supervisor y he respondido con honestidad todas las preguntas. Acepto seguir los controles que se indican a continuación para administrar cualquier problema de fatiga identificado:

MEDIDA TOMADA

	No se requiere ninguna medida: la persona debe informar cualquier otro problema de fatiga al supervisor
--	---

	Se implementaron controles tal como se detalla a continuación:
--	--

	Se envió a la persona a su casa y se informó la situación. Servicios de transporte:
--	---

	OTROS:
--	--------

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	FIRMA:
-------------------------------	---------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FIRMA:
-------------------------------	---------------