



**ANKIETA DLA PACJENTA
DOTYCZĄCA ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU**

Szanowny Pacjencie,

W celu wyjaśnienia Pani/Pana dolegliwości jest koniecznym wypełnienie niniejszej ankiety. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania poprzez umieszczenie krzyżyka przy właściwej odpowiedzi lub poprzez opis własnymi słowami w wolnych miejscach. Pytania dotyczą okresu ostatnich 6 miesięcy.

<p>DANE PACJENTA:</p> <p>Nazwisko:</p> <p>Imię:</p> <p>PESEL:</p> <p>Data urodzenia*</p> <p style="text-align: center;">(*w przypadku braku nr PESEL)</p>	<p>Adres email:.....</p> <p>Telefon kontaktowy.....</p>
--	---

1. Jaka jest Pana/Pani główna dolegliwość związana ze snem:

.....

2. Z jaką łatwością zapada Pan/Pani w drzemkę lub zasypia w sytuacjach opisanych poniżej? Pytania odnoszą się do zwykłych sytuacji w ostatnim miesiącu.

	BRAK	MAŁA	ŚREDNIA	DUŻA
siedząc lub czytając	0	1	2	3
oglądając telewizję	0	1	2	3
siedząc w miejscu publicznym, np. w teatrze, na zebraniu, w kościele	0	1	2	3
podczas godzinnej jazdy autobusem, koleją lub samochodem jako pasażer	0	1	2	3
po południu, leżąc	0	1	2	3
podczas rozmowy, siedząc	0	1	2	3
po obiedzie, siedząc w spokojnym miejscu	0	1	2	3
prowadząc samochód np. podczas kilkuminutowego oczekiwania w korku	0	1	2	3
Suma punktów:				

3. Jaka była dotychczas Pana/Pani waga: kg.

Jaki jest obwód szyi.....cm?

4. Czy ktoś informował, że Pan/Pani chrapie?

Tak

Nie

5. Jak często inni zauważają u Pana/Pani przerwy w oddychaniu, bezdechy w czasie snu?

- nigdy codziennie 1x/tydzień kilka razy/tydzień 1x/miesiąc
inne

6. Czy odczuwa Pan/Pani trudności z koncentracją, senność lub potrzebę drzemki w ciągu dnia?

- Tak
Nie

7. Czy wieczorem ma Pan/Pani trudności z zaśnięciem?

- Tak
Nie

8. Czy pracuje Pan/Pani na zmianę nocną ?

- Tak
Nie

Jaki zawód Pan/Pani wykonuje?

.....

9. Ile godzin śpi Pan/Pani w nocy?

Ile godzin snu potrzebuje Pan/Pani, aby rano czuć się wypoczętym?

10. Czy sądzi Pan/Pani, że sen nocny przynosi Panu/Pani wypoczynek ?

- Tak
Nie

11. Jak często budzi się Pan/Pani zmęczony/a i senny/a ?

- nigdy codziennie 1x/tydzień kilka razy/tydzień 1x/miesiąc
inne

12. Czy odczuwa Pan/Pani bóle głowy rano, po obudzeniu ?

- Tak
Nie

13. Czy musi Pan/Pani w nocy korzystać z toalety (oddawać mocz)?

- Tak (jak często).....
Nie

14. Czy ma Pan/Pani wzmożoną potliwość w czasie snu, nocne poty?

- Tak
Nie

15. Czy odczuwa Pan/Pani spadek libido, osłabienie popędu płciowego?

- Tak
Nie

16. Czy przyjmuje Pan/Pani środki nasenne lub uspokajające?

Tak

Jeśli tak jakie?

Nie

17. Czy Pana/Pani nos jest drożny na co dzień(kiedy nie ma kataru)?

Tak

Nie

Jeśli nie to z jakiego powodu?

18. Czy miał Pan/Pani operację laryngologiczną lub miał Pan/Pani uraz/złamanie nosa?

Tak

Jeśli tak to opisz jakie?.....

Nie

19. Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze?

Tak

To jakie leki stosujesz?.....

Nie

20. Czy miał Pan/Pani zawał serca?

Tak

Nie

21. Czy choruje Pan/Pani na chorobę wieńcową, arytmieję lub inne choroby serca ?

Tak

Nie

22. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?

Tak

To jakie leki stosujesz?.....

Nie

23. Czy Pan/Pani pali lub palił/aś papierosy?

Tak (przez jaki okres czasu).....

Nie

24. Czy Pan/Pani choruje lub chorował/ała na choroby układu oddechowego, zwłaszcza przewlekłe zapalenia oskrzeli, astmę oskrzelową, zator płucny, rozedmę lub POChP?

Tak (podkreśl właściwe)

Nie

25. Czy aktualnie choruje Pan/Pani na inne niż wyżej wymienione choroby:

Tak

Jeżeli tak, to jakie.....

Nie

26. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonaną operację?

Tak

Jeżeli tak, to jaką?.....

Nie

27. Czy przyjmuje Pan/Pani na stałe leki?

Tak

Jeżeli tak, to jakie:.....

.....

Nie

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania polisomnograficznego i bezpośrednią obserwację przy pomocy monitoringu badania.

.....

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

data