



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

Szanowny Pacjencie!

W celu wyjaśnienia Pani/Pana dolegliwości konieczne jest wypełnienie poniższej ankiety. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania poprzez umieszczenie znaku „x” przy właściwej odpowiedzi lub poprzez opis własnymi słowami w wolnych miejscach.

Pytania dotyczą okresu ostatnich 6 miesięcy.

DANE PACJENTA: Nazwisko: Imię: PESEL: Data urodzenia* (*w przypadku braku nr PESEL)	Adres email:..... Telefon kontaktowy.....
---	--

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

2. Czy odczuwa Pani/Pan senność lub potrzebę drzemki w ciągu dnia?

Tak

Nie

3. Z jaką łatwością zapada Pani/Pan w drzemkę lub zasypia w sytuacjach opisanych poniżej?

Pytania odnoszą się do zwykłych sytuacji w ostatnim miesiącu. Proszę zaznaczyć przy każdym pytaniu tylko jedną wartość liczbową.

	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:				



**4. Jaka jest obecnie Pani/Pana waga: kg
Jaki jest obwód szyi.....cm?**

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

Tak

Nie

6. Jak często inni zauważają u Pani/Pan przerwy w oddychaniu lub bezdechy w czasie snu?

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

7. Czy odczuwa Pani/Pan trudności z koncentracją i problemy z pamięcią?

Tak

Nie

8. Od kiedy występują u Pani/Pana objawy związane ze snem?

.....

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

Tak

Nie

10. Czy pracuje Pani/Pan na zmianę nocną ?

Tak

Nie

Jaki zawód Pani/Pan wykonuje?.....

11. Ile godzin śpi Pani/Pan w nocy?

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

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

Tak

Nie



13. Jak często budzi się Pani/Pan zmęczona/y i senna/y ?

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

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

- Tak
Nie

15. Czy musi Pani/Pan w nocy korzystać z toalety (oddawać moczu)?

- Tak
Jeśli tak, to jak często?
Nie

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

- Tak
Nie

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

- Tak
Nie

18. Czy odczuwa Pani/Pan obniżenie nastroju?

- Tak
Nie

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

- Tak
Jeśli tak, to jakie?.....
Nie

20. Czy leczy się Pani/Pan z powodu zaburzeń lękowych, depresji lub innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym?

- Tak
Jeśli tak, to jakie?.....
Nie

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

- Tak
Nie



Jeśli nie, to z jakiego powodu?.....

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

Tak Jeśli tak, to proszę opisać jakie?

Nie

23. Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

Tak

Nie

24. Czy choruje Pani/Pan na chorobę wieńcową, arytmie, niewydolność serca lub inne choroby układu krążenia?

Tak

Nie

25. Czy miał Pani/Pan zawał serca?

Tak

Nie

26. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?

Tak

Nie

27. Czy aktualnie Pani/Pan pali papierosy?

Tak Jeśli tak, to od ilu lat i ile papierosów/dobę?

Nie Jeśli nie, to czy w przeszłości Pani/Pan paliła/palił papierosy, przez ile lat i ile papierosów/dobę?

28. Czy spożywa Pani/Pan alkohol przed snem?

Tak

Nie

29. Czy Pani/Pan choruje lub chorowała/chorował na choroby układu oddechowego, zwłaszcza przewlekłe zapalenie oskrzeli, astmę oskrzelową, zator płucny, rozedmę lub POChP?

Tak (podkreśl właściwe)

Nie



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

Tak Jeżeli tak, to jakie?.....

Nie

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

Tak Jeżeli tak, to jaką?.....

Nie

32. Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe leki?

Tak Jeżeli tak, to jakie?.....

Nie

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

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
data