

Ankieta Wstępna

W celu wyjaśnienia Pani / Panu dolegliwości jest koniecznym wypełnienie niniejszej ankiety. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania poprzez umieszczenie krzyżyka × przy właściwej odpowiedzi lub poprzez opis własnymi słowami w wolnych słowach. Pytania dotyczące ostatnich 6 miesięcy. Wyniki ankiety objęte są tajemnicą lekarską.

DZISIEJSZA DATA.....200..... PESEL.....
IMIĘ I NAZWISKO WIEK..... TEL. GODZ. 8-15.....
ULICA..... NR..... LOKAL..... TEL. GODZ. 18-21.....
KOD POCZT. MIEJSCOWOŚĆ WOJEWÓDZTWO.....
MN

Jaka jest Twoja Główna dolegliwość związana ze snem :

1. Z jaką łatwością zapadłbyś w drzemkę lub zasnął w sytuacjach opisanych poniżej ? Pytania odnoszą się do zwykłych sytuacji w ostatnich miesiącu. Zakreśl właściwą możliwość zaśnięcia lub drzemki przy każdej sytuacji (np 0 (1)2 3).

	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

2. Proszę podać swoją wagę :.....(kg) i wzrost :.....(cm) BMI.....kg/m² SOS.....pkt

3. Jaka była twoja największa waga:(kg). Jaki jest obwód twojej szyi (nr kołnierzyka koszuli)?.....cm.

4. Czy głośno chrapiasz?
nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne

5. Jak inni zauważają u Ciebie przerwy w oddychaniu , bezdech w czasie snu ?
nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne

6. Czy odczuwasz trudności z koncentracją , senność lub potrzebę drzemki w ciągu dnia ?
nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne

7. Czy wieczorem masz trudności z zaśnięciem ?
nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne

8. Czy pracujesz na zmianę (w nocy)? nie tak Jaki zawód wykonujesz?.....

9. Ile godzin śpisz w nocy ?..... Ile godzin potrzebujesz rano , aby czuć się wypoczętym?.....

10. Czy sądzisz , że sen nocny przynosi Ci wypoczynek ?
nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne

11. Jak często budzisz się zmęczony i senny ?
 nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne
12. Czy odczuwasz bóle głowy rano, po obudzeniu ?
 nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne
13. Czy musisz w nocy oddawać mocz ?
 nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne
14. Czy masz wzmożoną potliwość w czasie snu , nocne poty ?
 nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne
15. Czy odczuwasz spadek libido ,osłabienie popędu płciowego ? nie tak
16. Czy przyjmujesz środki nasenne lub uspokajające ?
 nigdy raz/mies. raz/tydz. kilka razy /tydz. codziennie inne
17. Czy nos jest drożny na co dzień (kiedy nie masz kataru)?
 nie tak
 Jeśli nie to z jakiego powodu?.....
18. Czy przeszedłeś operację laryngologiczną lub miałeś uraz/złamanie nosa ?
 nie tak
 Opisz
19. Czy chorujesz na nadciśnienie tętnicze nie tak : aktualne wartości ciśnienia...../.....
 Jeśli tak , jakie leki stosujesz z tego powodu ?.....
20. Czy chorujesz lub chorowałeś na zawał serca, chorobę wieńcową, arytmie lub inne choroby serca
 (opisz lub podkreśl właściwe)? nie tak
21. Czy chorujesz na cukrzycę? nie tak Jakie leki stosujesz z tego powodu ?
 tylko dietę insulinę
 tabletki , podaj nazwę
22. Czy palisz lub paliłeś papierosy?
 nigdy nie paliłem paliłem w przeszłości średnio.....szt., przez.....lat, nie palęlat
 palę aktualnie średnio.....szt., przez.....lat
23. Czy chorujesz lub chorowałeś na płuca , zwłaszcza przewlekłe zapalenia oskrzeli ,
 astmę oskrzelową, zator płuc , rozedmę lub POChP (opisz lub podkreśl właściwe)? nie tak
24. Na jakie inne choroby cierpisz (lub jakie operacje u ciebie wykonano)?.....
25. Czy przyjmujesz stale jeszcze jakieś inne niż wyżej wymienione leki ?
 nie tak Jakie ?.....