

Pro-Medica laboratorium „Diagnostyka Snu”

Diagnostyka Zaburzeń Snu oraz Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu

Warszawa ul. Dzieci Polskich 20, tel. (22) 642-65-02 lub 602-406-111

Imię _____ **Data** _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Wiek

Waga _____ **kg**

Wzrost _____ **cm**

Adres

Numer

telefonu/mail:

SZANOWNI PAŃSTWO!

Zgłosiliście się Państwo do naszego Ośrodka z powodu podejrzenia zaburzeń oddychania w czasie snu. Ankieta, którą macie Państwo przed sobą ma za zadanie ułatwić ustalenie odpowiedniego rozpoznania. Bardzo prosimy aby zapoznali się Państwo dokładnie z kolejnymi pytaniami i zaznaczyli najwłaściwszą odpowiedź. Chcielibyśmy jednocześnie zaproponować aby Pan/Pani wypełnili ankietę wspólnie ze współmałżonką/współmałżonkiem, gdyż z wielu objawów, osoba śpiąca nie zdaje sobie wcale sprawy. Jednocześnie pragniemy Państwa zapewnić, że wszystkie przekazane nam informacje objęte są tajemnicą lekarską.

1) Czy Pan/Pani chrapie?

Tak ; Nie ; Nie wiem

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć ile nocy w tygodniu: 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7

2) Czy ktoś z najbliższego otoczenia zauważył, że przestaje Pan/Pani w nocy oddychać?

Tak ; Nie ; Nie wiem

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć w ciągu ilu nocy w tygodniu: 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7

3) Od jak dawna?

Od mniej niż jednego roku ; od około 1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad 10 lat od wczesnej młodości

4) Czy często Pan/Pani budzi się w nocy?

Tak ; Nie . Jeżeli **Tak**, proszę zaznaczyć ile razy: _____

5) Czy w nocy musi Pan/Pani wstawać aby oddać mocz:

Tak ; Nie . Jeżeli **Tak**, proszę zaznaczyć ile razy: _____

6) Od jak dawna?

Od mniej niż jednego roku ; od około 1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad 10 lat od wczesnej młodości

7) Czy poci się Pan/Pani w czasie snu ?

Tak ; Nie .

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć w ciągu ilu nocy w tygodniu: 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7

8) Od jak dawna?

Od mniej niż jednego roku ; od około 1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad 10 lat od wczesnej młodości

9) Czy miewa Pan/Pani bóle głowy po przebudzeniu?

Tak ; Nie .

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć ile razy w tygodniu: 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7

10) Czy rano budzi się Pan/Pani wyspany/wyspana

Tak ; Nie .

Jeżeli **Nie**, to proszę zaznaczyć w ciągu ilu dni w tygodniu: 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7

11) Od jak dawna?

Od mniej niż jednego roku ; od około 1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad 10 lat od wczesnej młodości

12) Czy ma Pan/Pani skłonność do zasypiania wbrew własnej woli w czasie dnia?

Tak ; Nie

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć jak często: kilka razy dziennie ; codziennie ;
jedynie okresowo

13) Od jak dawna?

Od mniej niż jednego roku ; od około 1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad
10 lat od wczesnej młodości

14) Jak często zdarza się Panu/Pani spać w czasie dnia

Sporadycznie ; jeden raz w tygodniu ; 2-3 razy w tygodniu ; codziennie ; kilka razy
dziennie

15) Czy odczuwa Pan/Pani senność podczas prowadzenia samochodu?

Tak ; Nie

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć jak często: zawsze ; jedynie okresowo

16) Czy zasnął/zasnęła Pan/Pani kiedyś podczas prowadzenia samochodu?

Tak ; Nie

Jeżeli **Tak**, to ile razy _____

**17) Czy senność utrudnia Panu/Pani normalne funkcjonowanie w czasie dnia? Tak ;
Nie**

Jeżeli **Tak**, to proszę zaznaczyć od jak dawna: od mniej niż jednego roku ; od około
1 roku ; od 1-5 lat ; od 5-10 lat; od ponad 10 lat od wczesnej młodości

18) Czy odczuwa Pan zaburzenia potencji?

Tak ; Nie

19) Czy choruje Pan/Pani na:

Nadciśnienie tętnicze Tak ; Nie ; Stosowane leki

Chorobę niedokrwienną serca Tak ; Nie ; Stosowane leki

Cukrzycę Tak ; Nie ; Stosowane leki

Astmę, POChP Cukrzycę Tak ; Nie ; Stosowane leki

20) Czy pali Pan/Pani papierosy? Tak ; Nie

Jeżeli **Tak**, to od _____ roku życia; _____ papierosów dziennie

Imię

Data

Nazwisko

Proszę określić z jaką łatwością zapadł/zapadłaby Pan/Pani w drzemkę lub zasnął/zasnęła w przedstawionych poniżej sytuacjach. Proszę nie mylić możliwości drzemki czy zaśnięcia z uczuciem ogólnego zmęczenia. Pytania odnoszą się do normalnego trybu życia w ostatnim okresie. Nawet jeżeli któraś z wymienionych sytuacji nie miała miejsca, proszę spróbować wyobrazić sobie, w jakim stopniu byłoby to możliwe.

Proszę posłużyć się przedstawioną poniżej skalą dla oceny możliwości zaśnięcia w danej sytuacji:

0 = nigdy nie zasnę

1 = mała możliwość drzemki

2 = średnia możliwość drzemki

3 = duża możliwość drzemki

<i>Sytuacja</i>	<i>Możliwość zaśnięcia</i>			
Siedząc lub czytając	0 c	1 c	2 c	3 c
Oglądając TV	0 c	1 c	2 c	3 c
Siedząc w miejscu publicznym (np. w teatrze lub na zebraniu)	0 c	1 c	2 c	3 c
Podczas godzinnej, monotonnej jazdy samochodem jako pasażer	0 c	1 c	2 c	3 c
Po południu leżąc	0 c	1 c	2 c	3 c
Siedząc, w trakcie rozmowy z inną osobą	0 c	1 c	2 c	3 c
Po obiedzie bez alkoholu, siedząc w cichym i spokojnym miejscu	0 c	1 c	2 c	3 c
Podczas prowadzenia samochodu, w trakcie kilkuminutowego oczekiwania w korku	0 c	1 c	2 c	3 c
	Łącznie			