

KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Imię _____	Data _____
Nazwisko _____	Rasa _____
PESEL _____	Płeć M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Nr karty _____	
Lekarz kierujący _____	
Lekarz interpretujący badanie _____	

Zgłaszane dolegliwości/objawy:

Bardzo głośne chrapanie <input type="checkbox"/> Bezdechy w czasie snu <input type="checkbox"/> Nadmierna potliwość <input type="checkbox"/> Nykturia <input type="checkbox"/> Niespokojny sen <input type="checkbox"/> Ruchy kończyn <input type="checkbox"/> Częste wybudzenia <input type="checkbox"/> Uczucie wyschniętych śluzówek jamy ustnej <input type="checkbox"/> Poranne bóle głowy <input type="checkbox"/>	Uczucie zmęczenia po przebudzeniu <input type="checkbox"/> Nadmierna senność w czasie dnia <input type="checkbox"/> Osłabienie pamięci <input type="checkbox"/> Trudności z koncentracją <input type="checkbox"/> Upośledzenie potencji/libido <input type="checkbox"/> Katapleksja/halucynacje hypnagogiczne <input type="checkbox"/> Porażenie senne <input type="checkbox"/>
---	---

Badanie fizykalne

Waga _____ kg Wzrost _____ cm BMI _____ kg/m ² Upośledzenie drożności nosa <input type="checkbox"/> Powiększony język <input type="checkbox"/> Wydłużone podniebienie miękkie <input type="checkbox"/> Przerośnięty języczek <input type="checkbox"/> Powiększone migdałki podniebienne <input type="checkbox"/>	Widoczne nieprawidłowości twarzoczaszki <input type="checkbox"/> Wady zgryzu <input type="checkbox"/> Protezy zębowe <input type="checkbox"/> Sinica <input type="checkbox"/> Obrzęki kończyn dolnych <input type="checkbox"/> Zylaki kończyn dolnych <input type="checkbox"/> Zmiany osłuchowe nad płucami <input type="checkbox"/> Jeżeli tak to jakie: _____
--	--

Retrognatia
Makrognatia

Powiększenie wątroby
Inne: _____

Choroby współistniejące:

Nadciśnienie tętnicze
Choroba niedokrwienności serca
 Stan po zawale mięśnia serca
 Stan po PTCA
 Stan po CABG
Stan po udarze mózgu
Cukrzyca typ I typ II typ ____
Astma
POChP
Zapalenie zatok obocznych nosa
RR _____ mmHg HR _____ /min

Alergie
Przebyte zabiegi operacyjne, inne choroby:



KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Imię _____
Nazwisko _____

Data _____
Rasa _____

Przyjmowane leki i dawki

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Rozpoznanie wstępne:

- Chrapanie oraz obturacyjne zaburzenia oddychania w czasie snu (OBPS, UARS)
- Centralna postać zaburzeń oddychania w czasie snu
- Nadmierna senność wywołana innymi przyczynami (hypersomnia, napady padaczkowe)
- Narkolepsja
- Bezsenność
- Parasomnie
- Inne zaburzenia snu Jakieg

ZLECENIE NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Imię	_____	Data	_____
Nazwisko	_____		
PESEL	_____	Płeć	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Nr karty	_____		
Lekarz kierujący	_____		

Proszę o wykonanie badania/badań:

- Polisomnografia diagnostyczna (PSG)
- Badanie przesiewowe
- Badanie z zastosowaniem CPAP/BiPAP
- Badanie podzielone (diagnostyczna PSG + ustawianie CPAP/BiPAP)
- MSLT (dla chorych z podejrzeniem narkolepsji lub DS + negatywna PSG)
- Dodatkowe elementy:
 - Nagranie video
 - Tlenoterapia, jeżeli SaO_2 w czasie czuwania $< 90\%$
 - Badanie koniecznie z fragmentem w ułożeniu na plecach
 - Pomiar ciśnienia w chwili wybudzenia w godzinach nocnych

Data

Podpis

SKALA SENNOŚCI EPWORTH

Imię _____ Data _____
 Nazwisko _____
 PESEL _____
 Nr karty _____

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

Sytuacja	Możliwość zaśnięcia			
	0 c	1 c	2 c	3 c
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				