ANKIETA KWALIFIKACYJNA OBTURACYJNY BEZDECH SENNY

NAZWISKO:			**ADRES** (z kodem pocztowym)
IMIĘ:			
WIEK:	**WAGA:** kg	**WZROST:** cm	**TELEFONY**:
PESEL:			
EMAIL:			

INSTRUKCJA: Na wypełnienie ankiety należy przeznaczyć około 30 - 45 minut.

Proszę odpowiadać na pytania ankiety **zgodnie z kolejnością wynikającą z ich numeracji.**

W każdym pytaniu należy **wybrać jedną najbardziej pasującą odpowiedź,**
poza tymi pytaniami, które dopuszcza więcej niż jednej odpowiedź w swoim opisie.

Jeśli któreś pytanie nastręcza kłopotów **należy je pominąć**.

Skala senności Epworth (ESS - Epworth sleepiness scale)

Proszę określić z jaką łatwością zapadł(a)by Pan(i) w drzemkę w ośmiu poniżej wymienionych sytuacjach.
Należy zakreślając kółkiem cyfrę w kolumnie z właściwą odpowiedzią.
Po wypełnieniu tabeli należy zliczyć sumaryczną ilość zakreślonych punktów.

	SZANSA NA ZAŚNIĘCIE	NIE MA ŻADNEJ SZANSY	JEST NIEWIELKA SZANSA	JEST ŚREDNIA SZANSA	JEST DUŻA SZANSA
1	**Siedząc lub czytając**	0	1	2	3
2	**Oglądając telewizję**	0	1	2	3
3	**Siedząc w miejscu publicznym**	0	1	2	3
4	**Podczas godzinnej monotonnej jazdy samochodem jako PASAŻER**	0	1	2	3
5	**Po południu leżąc**	0	1	2	3
6	**Siedząc w trakcie rozmowy z inną osobą**	0	1	2	3
7	**Siedząc w cichym spokojnym miejscu po obiedzie (BEZ PICIA ALKOHOLU)**	0	1	2	3
8	**Podczas prowadzenia samochodu w trakcie kilkuminutowego oczekiwania w korku lub na światłach.**	0	1	2	3
				Proszę wpisać sumę zaznaczonych powyżej punktów:	

WYWIAD DOTYCZĄCY CHORÓB WSPÓŁISTNIEJĄCYCH I LECZENIA

Proszę zaznaczyć krzyżykiem choroby na które Pan(i) choruje lub chorował(a).

- O choroba wieńcowa
- O zawał serca
- O nadciśnienie tętnicze
- O migotanie przedsionków lub inna arytmia
- O niewydolność serca
- O cukrzyca
- O astma
- O POChP
- O niewydolność oddechowa
- O niedoczynność tarczycy
- O padaczka
- O przebyty udar mózgu
- O uraz głowy z utratą przytomności
- O zapalenie opon mózgowych lub mózgu
- O choroba nowotworowa
- O rodzaj nowotworu:
- O zapalenie wątroby np. WZW
- O przerost prostaty
- O refluks żołądkowo - przełykowy
- O depresja
- O zaburzenia lękowe
- O bezsenność

NIETOLERANCJE LUB ALERGIE NA LEKI:

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

Proszę wpisać poniżej przyjmowane leki wraz z ich dawkowaniem np.:
Nazwa leku 5 mg 2 x dziennie.

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....

7 .....

8 .....

9 .....

10 .....

11 .....

12 .....

Jeśli ma Pan(i) inne niewymienione obok choroby to proszę dopisać je poniżej:

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....

WYWIAD DOTYCZĄCY OBJAWÓW BEZDECHU SENNEGO

1. Jak często Pan(i) chrapie?
(Jak często ktoś zwraca Panu(i) uwagę, że Pan(i) chrapie?)

- ○ nie chrapię wcale
- ○ zdarza się to, ale nie wiem jak często np.: śpię zwykle sam(a)
- ○ sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ często (kilka razy w tygodniu)
- ○ codziennie

2. Czy ktoś zaobserwował u Pana(i) kiedykolwiek podczas snu bezdechy (przerwy w oddychaniu)? Proszę określić jak często mogą występować.

- ○ nigdy nikt nie zauważył
- ○ zdarzają się, ale nie wiem jak często np.: śpię zwykle sam(a)
- ○ sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ często (kilka razy w tygodniu)
- ○ codziennie

3. Jak często wstaje Pani rano niewyspana bez wyraźnej obiektywnej tego przyczyny?

- ○ nigdy
- ○ sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ często (kilka razy w tygodniu)
- ○ codziennie

4. Czy odczuwa Pani senność podczas dnia bez wyraźniej, obiektywnej tego przyczyny?
(Przez senność należy rozumieć chęć pójścia spać, morzenie przez sen a nie samą drzemkę)

- ○ nigdy - PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 6
- ○ sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ często (kilka razy w tygodniu)
- ○ codziennie

5. Czy senność <u>podczas dnia</u> jest na tyle nasilona, aby spowodować którąkolwiek z wymienionych poniżej sytuacji:

- problemy z koncentracją lub skupieniem się
- problemy z zapamiętywaniem lub uczeniem się
- utrudniać pracę, czytanie, oglądanie telewizji lub inna czynność
- powoduje potrzebę krótkiego odpoczynku lub drzemki
- powoduje potrzebę krótkiej przerwy w pracy
- powoduje potrzebę krótkiej przerwy podczas długiej jazdy samochodem jako kierowca

- ○ Tak, senność powoduje przynajmniej 1 z powyższych sytuacji
- ○ Nie, senność nie powoduje wystąpienia żadnej z wyżej wymienionych sytuacji

6. Czy zdarza się Pan(i) mieć nagłe wybudzenia w nocy z: uczuciem duszenie lub dławienia, szybkiego bicia serca lub wrażeniem słyszenia własnego chrapania? (Czasami wybudzenia te mogą być połączone z nieprzyjemnymi marzeniami sennymi)

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ tak, zdarzają mi się sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarzają mi się często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak, zdarzają mi się codziennie

7. Czy budzi się Pan(i) rano lub w nocy z bólem głowy?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ tak, zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak, zdarza mi się to codziennie

8. Czy w nocy lub rano po przebudzeniu ma Pan(i) uczucie suchości w gardle (w ustach) lub odczuwa pragnienie?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ tak, zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak zdarza mi się to codziennie

9. Czy zdarza się Panu(i) obudzić rano lub w nocy z nadmiernie spoconą górną częścią ciała: karkiem, szyją, klatką piersiową? (pytanie <u>nie dotyczy</u> okresu przeziębienia lub innej choroby)

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ tak, zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak, zdarza mi się to codziennie

10. Czy wstaje Pani przynajmniej 2 razy w ciągu nocy aby oddać mocz?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ tak, zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak, zdarza mi się to codziennie

11. Czy odczuwa Pan obniżenie libido (popędu seksualnego) lub spadek sprawności seksualnej?
PYTANIE DOTYCZY TYLKO MĘŻCZYZN

- ○ nie, nie mam takich problemów
- ○ tak, mam takie problemy

12. Czy nasilenie któregoś z powyższych objawy (pytanie 1-10) zwiększa się przy wzroście masy ciała i zmniejsza przy jej spadku?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem
- ○ mam stałą masę ciała

WYWIAD DOTYCZĄCY SNU

13. Czy zdarza się Pan(i) nie móc zasnąć wieczorem przez przyjemniej 45 minut a sytuacja taka występuje przynajmniej 3 razy w tygodniu w ciągu przynajmniej 4 kolejnych tygodni?

- ○ nie, nie mam takich problemów
- ○ tak, zdarzyło mi się to kiedyś
- ○ tak, zdarza mi się to okresowo
- ○ tak, mam obecnie takie problemy

14 Czy budzi się Pan(i) w nocy i nie może potem ponownie zasnąć przez przynajmniej 30 minut a sytuacja taka powtarza się przynajmniej 3 razy w tygodniu w ciągu przynajmniej 4 kolejnych tygodni?

- ○ nie, nie mam takich problemów
- ○ tak, zdarzyło mi się to kiedyś
- ○ tak, zdarza mi się to okresowo
- ○ tak, mam obecnie takie problemy

15. Czy ma Pan(i) problemy rano ze ZBYT WCZESNYM budzeniem się przynajmniej 3 razy w tygodniu w ciągu przynajmniej 4 kolejnych tygodni?

- ○ nie, nie mam takich problemów
- ○ tak, zdarzyło mi się to kiedyś
- ○ tak, zdarza mi się to okresowo
- ○ tak, mam obecnie takie problemy

16. Czy dolegliwości bólowe powodują u Pana(i) przebudzenia w nocy?

- ○ nie, nie mam takich problemów
- ○ tak, zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ tak, zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ tak, zdarza mi się to każdej nocy
- ○ tak, zdarza mi się to kilkukrotnie w nocy

17. Ile czasu potrzebuje Pan(i) zwykle wieczorem na zaśnięcie?

- ○ zasypiam bezwiednie np.: w fotelu przed telewizorem, podczas czytania książki
- ○ zasypiam zaraz po położeniu się do łóżka
- ○ czekam na zaśnięcie około: _____ minut.

18. Proszę określić o której godzinie najczęściej kładzie się Pan(i) do łóżka z myślą zaśnięcia a nie np. czytania lub oglądania telewizji

- • kładę się spać o: _____
- • zasypiam o: _____
- • budzę się o: _____
- • wstaję z łóżka: o _____

19. Ile razy wybudza się Pan(i) w nocy niezależnie od przyczyny?

- ○ nie wybudzam się wcale
- ○ wybudzam się sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ wybudzam się często (kilka razy w tygodniu)
- ○ wybudzam się raz każdej nocy
- ○ wybudzam się kilkukrotnie każdej nocy

20. Ile czasu średnio trwają wszystkie wybudzenia w nocy? Proszę określić w minutach: _____

21. Ile czasu trwa średnio Pana(i) sen (w godzinach i minutach)? _____ :

22. Jak często ucina Pan(i) sobie drzemkę podczas dnia?

- ○ nie zdarza mi się to – PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 25
- ○ Zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

23. Ile czasu zwykle trwa drzemka?

Proszę określić w minutach: _____

OCENA HIGIENY SNU i UŻYWEK

25. Czy pracuje Pan(i) w systemie zmianowym lub ma` dyżury nocne?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie pracuję wcale

27. Czy w ostatnich 2 godzinach przed zaśnięciem patrzy Pan(i) w jakiś ekran (telefon, telewizor komputer itp.) przez przynajmniej 30 minut?

- ○ nie
- ○ tak, sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ tak, często (przynajmniej 3 razy w tygodniu)
- ○ tak, codziennie

28. Czy stosuje Pan(i) leki nasenne lub uspokajające?

- ○ nie, nie stosuję ich wcale
- ○ tak, sporadycznie (kilka razy w miesiącu)
- ○ tak, często (przynajmniej 3 razy w tygodniu)
- ○ tak, stosuje je codziennie (POMIŃ PYTANIE 29)

30. Czy pali Pan(i) papierosy (również papierosy elektryczne)?

- ○ tak, palę aktualnie papierosy
- ○ obecnie nie palę ale paliłam w przeszłości
- ○ nigdy nie paliłem(am) POMIŃ PYTANIE 31 i 32

31. Ile paczek wypalała(a) Pan(i) średnio przez cały okres palenia?

Proszę określić w paczkach: ☐

32. Ile lat w sumie palił Pani() papierosy?

Proszę określić w latach: ☐

35. Jak często zdarza się Pan(i) palić konopie indyjskie?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

36. Jak często zdarza się Pan(i) przyjmować amfetaminę, kokainę lub inne substancje psychoaktywne?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

26. Proszę zakreślić pasujecie do Pan(i) stwierdzenia?

- ○ Śpię w cichym pomieszczeniu.
- ○ Śpię w ciemnym pokoju (bez diód i innych świateł).
- ○ Zwykle wietrzę sypialnię przed snem.
- ○ Mam intensywny trening przed snem.
- ○ Spożywam obfity posiłek przed zaśnięciem.
- ○ Piję alkohol przed snem.
- ○ Palę papierosy przed snem (również elektryczne).
- ○ Piję kawę lub napoje energetyczne przed snem.
- ○ Mam wygodnego łóżko.
- ○ Mam stałe godziny snu.
- ○ Śpię w nocy przynajmniej 8 godzin.

29. Jakie leki nasenne i uspokajające Pan(i) stosuje i w jakich dawkach dobowych (ile mg dziennie)?

1. _____
2. _____
3. _____
4 _____

33. Jak często zdarza się Pan(i) pić alkohol?

- ○ nie zdarza mi się to wcale (POMIŃ PYTANIE 34)
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

34. Proszę określić jaki alkohol i ile średnio każdego z rodzaju wypija Pan(i) **tygodniowo**?

1. piwo _____
2. wino _____
2. 40% _____
3. koktajle _____
3. inne. _____

_____

34. Jak często pije Pan(i) napoje energetyczne?

- ○ nie piję ich wcale
- ○ piję je sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ piję je często (kilka razy w tygodniu)
- ○ piję je codziennie
- ○ piję je kilka razy dziennie

WYWIAD LARYNGOLOGICZNY

37. Proszę określić drożność nosa podczas snu lub zaraz poprzebudzaniu

PRAWY przewód nosowy
- ○ zawsze drożny
- ○ częściowo drożny
- ○ okresowo niedrożny
- ○ zawsze niedrożny

LEWY przewód nosowy
- ○ zawsze drożny
- ○ częściowo drożny
- ○ okresowo niedrożny
- ○ zawsze niedrożny

38. Proszę zaznaczyć jakie zabiegi z poniżej wymienionych miał(a) Pan(i) wykonane dotychczas.
(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDENĄ ODPOWIEDŹ)

- ○ podcięcie lub usztywnienie podniebienia miękkiego
- ○ podcięcie języczka
- ○ prostowanie przegrody nosa
- ○ zmniejszanie małżowin nosowych
- ○ usuwanie polipów z przewodów nosowych
- ○ usuwanie migdałków podniebiennych
- ○ usuwanie migdałka gardłowego
- ○ usztywnienie nasady języka

39. Czy cierpi Pani z powodu alergicznego nieżytu nosa (kataru siennego)?

- ○ nie, nie mam takiej choroby
- ○ występuje sporadycznie kilka tygodnie w roku
- ○ występuje przez kilka miesięcy w roku
- ○ występuje przez większość roku

40. Czy miewa Pan(i) odczucie (szczególnie rano) jakby języczek podniebienny był zbyt długi i przeszkadzał?

- ○ tak
- ○ nie

41. Czy ma Pan(i) krwotoki z nosa?

- ○ tak zdarzają się
- ○ bywały w przeszłości
- ○ nie było ich nigdy

42. Czy stosuje Pan(i) krople do udrażniania nosa?

- ○ nie, nie stosuję wcale
- ○ sporadycznie kilka razy roku podczas infekcji
- ○ stosuję często, kilka razy tygodniu
- ○ stosuję codziennie

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

43. Czy stosowany Pan(i) kiedykolwiek aparat nazębny na chrapanie lub bezdechy?

- ○ tak, i był skuteczny
- ○ tak, ale nie był skuteczny
- ○ tak, ale nie mogłem go nosić z powodu powikłań
- ○ nie, było takiej próby

44. Czy ma Pan(i) wadę zgryzu polegającą na cofnięciu żuchwy do tyłu?

- ○ mam i jest leczona ortodontycznie
- ○ mam i nie jest leczona ortodontycznie
- ○ nie mam takiej wady
- ○ nie wiem

45. Czy ma Pan(i) istotne braki w uzębieniu (brak przynajmniej 2-3 zębów obok siebie)

- ○ tak
- ○ nie

46. Czy miewa Pan(i) odruch wymiotny podczas zwykłego mycia zębów?

- ○ nie, nie mam
- ○ występuje sporadycznie
- ○ występuje często

47. Czy miewa Pan(i) dolegliwości bólowe, przeskakiwanie, trzeszczenia lub inne objawy ze strony stawu skroniowo-żuchwowego?

- ○ nie, nie mam takich objawów
- ○ występuje sporadycznie kilka razy miesiącu
- ○ występuje często, kilka razy tygodniu
- ○ występuje codziennie

48. Czy przebył(a) Pan(i) kiedykolwiek zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego?

- ○ tak, raz
- ○ tak, kilkukrotnie
- ○ nie, nigdy

WYWIAD W KIERUNKU RLS I PLM

49 Czy zdarza się Panu(i) mieć przed zaśnięciem nieprzyjemne odczucia zmuszające do poruszania nogami?

- ○ nie zdarza mi się to wcale - POMIŃ PYTANIE 50 I 51
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

50. Czy poruszanie nogami przynosi Panu(i) ulgę?

- ○ tak
- ○ nie

51. Czy potrzeba poruszania nogami przed snem utrudnia zasypianie?

- ○ tak, codziennie
- ○ tak często, kilka razy w tygodniu
- ○ tak sporadycznie, kilka razy w miesiącu
- ○ nigdy

52. Czy zwrócono Panu(i) kiedykolwiek uwagę, że bezwiednie kopie Pan(i) nogami podczas snu?

- ○ tak, codziennie
- ○ tak często, kilka razy w tygodniu
- ○ tak sporadycznie, kilka razy w miesiącu
- ○ nigdy
- ○ nie wiem, śpię sam(a)

WYWIAD PRZED ZASTOSOWANIEM CPAP

53. Czy przeprowadzone były operacje neurochirurgiczne od strony nosa lub gardła np.: usunięcie gruczolaka przysadki?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem

54. Czy przebył(a) Pan(i) kiedyś uraz głowy ze złamaniem podstawy czaszki?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem

55. Czy występują u Pana(i) obecnie lub w przeszłości objawy klaustrofobii?
(lęk przy małymi pomieszczeniami lub przestrzeniami)

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem

56. Czy została u Pana(i) zdiagnozowana przez laryngologa choroba o nazwie: „WIOTKOŚĆ NAGŁOŚNI"?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem, nie słyszałem o takiej chorobie

57. Czy ma Pan(i) niedowład połowiczy mięśni twarzy?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem

58. Czy ma Pan(i) uczulenie na silikon?

- ○ tak
- ○ nie
- ○ nie wiem

WYWIAD ŻYWIENIOWY

59. Proszę podać aktualny wzrost w cm.

60. Proszę podać aktualną wagę w kg.

61. Proszę podać aktualną obwód szyi lub nr kołnierzyka koszuli.

62. Proszę podać aktualne BMI

34. Proszę wymienić leki, które powodują u Pana(i) wzmożenie apetytu.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

67. Czy miał(a) Pan(i) próbę leczenia żywieniowego (dietetycznego)?
(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDENĄ ODPOWIEDŹ)

- ○ nie było takiej próby
- ○ była ale okazała się nieskuteczna - zbyt mała motywacja
- ○ była ale okazała się nieskuteczna - zbyt czasochłonna
- ○ była ale okazała się nieskuteczna - niesmaczna
- ○ była skuteczna ale efekt okazał się krótkotrwały
- ○ była skuteczna ale efekty nadal są widoczne
- ○ była zbyt wymagająca finansowo
- ○ nie pasował do mojego modelu życia i pracy.

63. Czy zdarza się Panu(i) przyjmować pokarmy w sposób kompulsywny. Jest to niekontrolowane przyjmowanie dużej ilości pokarmów w krótkim czasie.

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ nie zdarza mi się to obecnie ale zdarzało w przeszłości
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

64. Czy ma lub miał(a) Pan(i) nocne napady głodu?

- ○ nie zdarza mi się to wcale
- ○ zdarza mi się to sporadycznie (klika razy w miesiącu)
- ○ zdarza mi się to często (kilka razy w tygodniu)
- ○ zdarzają mi się to codziennie

65 Czy wzrost masy ciała powoduje u Pana(i) pogorszenie jakości snu lub wysypiania się a spadek masy ciał poprawia je?

- ○ tak, zauważyłem(am) taką zależność
- ○ nie, zauważyłem(am) takiej zależności
- ○ nie wiem
- ○ mam stałą masę ciała

66. Proszę wymienić sytuacje, które powodują u Pana(i) wzmożenie apetytu.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

68. Czy stosował Pan(i) catering dietetyczny?
(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDENĄ ODPOWIEDŹ)

- ○ nie było takiej próby
- ○ była ale okazała się nieskuteczna - niesmaczna
- ○ była ale okazała się nieskuteczna - powtarzająca się
- ○ była skuteczna ale efekt okazał się krótkotrwały
- ○ była skuteczna ale efekty nadal są widoczne
- ○ była zbyt wymagająca finansowo
- ○ nie pasowała do modelu mojego życia i pracy