

Non incollare



Diario del paziente Pneumologia

Concerne le ultime 4 settimane

- Esame iniziale Controllo successivo
 Poligrafia notturna Pulsossimetria notturna

Cognome / nome _____

Professione _____

Data di nascita _____

♂ ♀

1. Dati personali

Quali farmaci prende? Li elenchi tutti _____

Quando si corica la sera? _____ ora

Alla sera quanto tempo impiega per addormentarsi? _____ min

Dorme da solo nella camera? sì no

Il Suo / la Sua partner ha notato delle interruzioni del suo respiro? sì no

Fa uso di sonniferi? sì no

Attualmente fuma? sì no

Ha fumato in precedenza? sì no

_____ numero: _____ anni: _____

Quanti bicchieri di alcol beve in una normale giornata? _____ numero: _____

Ha già avuto incidenti dovuti alla sonnolenza? sì no

Di notte soffre di irrequietezza nei movimenti alle gambe, braccia, schiena? sì no

Quanto pesava 1 anno fa? _____ kg

Quanto pesava 5 anni fa? _____ kg

Qual è il Suo peso attuale? _____ kg

Qual è la Sua altezza? _____ cm

Qual è la circonferenza del suo collo? _____ cm

Conosce il motivo del Suo disturbo del sonno?
(P. es. problemi fisici, psichici, rumori) _____

2. Domande in merito alla sonnolenza diurna

Quanto facilmente si addormenterebbe nelle seguenti situazioni?

È inteso veramente addormentarsi, quindi non solo avere la sensazione di essere stanchi. Le domande si riferiscono **alle ultime quattro settimane**. Anche se non esegue alcune delle attività descritte, provi ad immaginarsi quali effetti avrebbero potuto avere su di Lei. Scelga dalla scala riportata qual è il numero che più rappresenta la risposta alla domanda.

Scala dei punteggi e significato

- 0 = non mi addormenterei mai 2 = potrei probabilmente addormentarmi
1 = non mi addormenterei 3 = con molta probabilità mi addormenterei

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Stando seduti o leggendo | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| A guardare la televisione | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Seduta/o in luoghi pubblici (p.es. teatro, riunione, presentazione) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Come passeggero in auto per un'ora senza pausa | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sdraiarsi il pomeriggio per riposarsi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Seduta/o e parlare con qualcuno | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Tranquillamente seduta/o dopo un pranzo senza alcol | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| In auto davanti ad un semaforo rosso per alcuni minuti | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Score ESS (non compilare) | _____ | _____ | _____ | _____ |



3. Domande sul sonno

Per chiarire ulteriormente i Suoi disturbi La preghiamo di compilare il formulario in maniera esaustiva. La preghiamo di crociare la casella relativa. Le domande sul comportamento del sonno si riferiscono **alle ultime quattro settimane**.

| | mai | raramente | occasional. | spesso | molto spesso |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Di giorno si sente stanca/o? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Di giorno si addormenta spontaneamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le riesce difficile concentrarsi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si sente limitata/o nel Suo rendimento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La sera si addormenta male? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le capita di svegliarsi in piena notte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le capita di svegliarsi prima e di non riaddormentarsi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Di notte deve andare in bagno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Di notte soffre dei seguenti disturbi? | | | | | |
| • Dispnea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sensazione di soffocamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Attacchi di tosse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficoltà a respirare attraverso il naso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Incubi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sudorazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lei russa? | | | | | |
| • solo in posizione supina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • dopo consumo di alcol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • generale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | molto spesso | spesso | occasional. | raramente | mai |
| 11. Alla mattina si sveglia riposata/o? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Registrazione

| | Data | Ora |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Inizio della registrazione | _____ | _____ |
| Fine della registrazione | _____ | _____ |
| Disturbi, attività insolite | _____ | _____ |

Per porre una diagnosi accurata riporti nel presente diario del paziente i Suoi disturbi, attività insolite, farmaci e fasi del sonno indicando la data e l'ora.

Disturbi

- Dispnea, sensazione di soffocamento, minzione
- Vertigine
- Batticuore, tachicardia, extrasistoli
- Dolori: al petto, al braccio, al collo

Importante

- Annotare l'inizio e la fine della registrazione con data e ora
- Evitare di bagnare il registratore o gli elettrodi
- Evitare di fare il bagno e la doccia

Di quali malattie soffre? Indicare pure le malattie trattate e le operazioni subite (cuore, polmoni, stomaco, intestino, fegato, reni, addome, sistema nervoso, cervello, psiche, articolazioni, ossa, muscoli, ecc.)

| Malattia | Dati accurati | Quando |
|---|---------------|--------|
| Infarto miocardico <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Pressione sanguigna elevata <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Diabete <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Malattia vascolare <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Colpo apoplettico <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Bronchite cronica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Asma <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Depressione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Operazioni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |
| Altre <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | _____ | _____ |