

Lütfen yapıştırmayınız



Lütfen kurşun kalem yerine siyah tükenmez kalem kullanın.

Pnömoloji Hasta Tutanağı

Son 4 haftayla ilgilidir

Ad / soyad

Meslek

İlk muayene

Gece poligrafisi

Takip muayenesi

Gece Pulsoksimetrisi

Doğum tarihi

♂

♀

1. Kişisel Bilgiler

Hangi ilaçları kullanıyorsunuz? Lütfen hepsini yazınız

Geceleri kaçta uyumaya gidersiniz?	_____	saat
Geceleri uykuya dalmanız kaç dakika sürer?	_____	dakika
Odada yalnız mı uyursunuz?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Eşiniz sizde nefes durmaları fark etti mi?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Uyku hapi alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Şu anda sigara kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Daha önce sigara kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Ortalama bir günde kaç bardak alkol alırsınız?	adet: _____	yıl: _____
Uyku hali nedeniyle daha önce kaza geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Geceleri bacaklarda, kollarda ve sırtta hareket zorluğu çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
1 yıl önce kaç kiloydunuz?	_____	kg
5 yıl önce kaç kiloydunuz?	_____	kg
Şu anda kaç kilosunuz?	_____	kg
Boyunuz nedir?	_____	cm
Boyun genişliğiniz nedir?	_____	cm
Uyku bozukluğunuzun sebebini biliyor musunuz? (örn. vücuttaki / fiziksel sorunlar, gürültü)		

2. Gün İçinde Uyku Hali Hakkındaki Sorular

Aşağıdaki durumlarda ne kolaylıkta uyursunuz?

Burada anlatılmak istenen yalnızca yorgunluk hissi değil, aksine gerçekten uyumanızdır. Sorular, **son dört haftayı** ilgilendirmektedir. Hiçbir şeyler uğraşmıyor olsanız bile bu durumların sizde yarattığı etkiyi düşünmeye çalışınız. Verilen skaladan ilgili soru için uygun sayıyı seçiniz.

Sayı Skalası ve Anlamı

0 = asla uyumam
1 = nadiren uyurum
2 = muhtemelen uyurum
3 = büyük ihtimalle uyurum

Otururken ve bir şeyler okurken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Televizyon seyrederken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Herkese açık alanlarda (örn. sinema, toplantı, konferans) otururken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Bir araçta aralıksız bir saat boyunca yolcuken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Akşamüstü dinlenmek için uzanırken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Biriyle oturup konuşurken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Alkol almadığım bir akşam yemeğinden sonra sakince otururken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Arabada birkaç dakika boyunca trafik ışıklarında durduğumda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Epworth Uykululuk Skalası (ESS Score) (doldurmayınız)

3. Uyku Hakkındaki Sorular

Şikayetlerinizi daha da açıklığa kavuşturabilmek için sizden bu soru formunu eksiksiz şekilde doldurmanızı rica ediyoruz. Lütfen uygun kutucukları işaretleyiniz. Uyku yapınızla ilgili sorular, son dört haftayla ilgilidir.

	asla	nadiren	zaman zaman	sıklıkla	büyük sıklıkla
1. Gündüz vakti yorgun hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gündüz vakti spontan şekilde uyur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Konsantre olmak size zor gelir mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. İş yaparkenki veriminizin kısıtlandığını hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geceleri zor uyur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geceleri uyandıığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alışılmışın dışında bir şekilde erken uyanıp tekrar uyuyamadığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Geceleri tuvalete gitmek zorunda kalır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Geceleri aşağıdaki durumlardan şikayetçi olur musunuz?					
• Nefes darlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boğulma hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Öksürük nöbetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Burundan nefes almakta zorlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kabuslar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Terleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Horlar mısınız?					
• sadece sırt üstü yatarken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• alkol aldıktan sonra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• genellikle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	büyük sıklıkla	sıklıkla	zaman zaman	nadiren	asla
11. Sabahları dinlenmiş uyanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kayıt

	Tarih	Saat
Kayıt başlangıcı	_____	_____
Kayıt bitişi	_____	_____
Şikayetler, alışılmışın dışındaki faaliyetler	_____	_____

Kesin tanı koymamız için şikayetlerinizi, alışılmışın dışındaki faaliyetlerinizi, ilaçlarınızı ve uyku fazlarınızı tarih ve saat vererek bu hasta tutanağında belirtiniz.

Şikayetler

- Nefes darlığı, boğulma hissi, tuvalete gitme
- Terleme
- Kalp çarpıntısı, kalp ritmi yüksekliği, kalp teklemesi
- Ağrı: göğüste, kolda, boyunda

Önemli

- Kayıt başlangıcını ve bitişi tarih ve saatle birlikte not ediniz
- Kayıt cihazının veya elektrodların ıslanmasını önleyin
- Banyoya ve duşa girmeyi erteleyin

Hangi rahatsızlıklardan şikayetçisiniz? Tedavi edilmiş rahatsızlıkları ve gerçekleştirilmiş ameliyatları da belirtiniz (kalp, akciğerler, mide, bağırsak, karaciğer, böbrekler, karın altı, sinir sistemi, beyin, psikoloji, eklemler, kemikler, kaslar vb.)

Rahatsızlık	Daha ayrıntılı bilgi	Zaman
Kalp krizi <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Yüksek tansiyon <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Diyabet <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Damar hastalığı <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Beyin felci <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
KOAH <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Astım <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Depresyon <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Ameliyatlar <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____
Diğer <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	_____	_____