

Se prescritto tramite v-consult®
incollare l'etichetta qui

Diario del paziente

Poligrafia | Pulsossimetria

Concerne le ultime 4 settimane

Si prega di utilizzare una penna a sfera nera e non una matita.

Cognome / nome

♂ ♀

- Esame iniziale
- Controllo successivo
- Poligrafia
- Pulsossimetria

Professione

Data di nascita

1. Quali farmaci assume?

Farmaco	Dose	Orario di assunzione
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Di quali malattie soffre?

Indicare anche le malattie trattate e le operazioni subite. **Si prega di sottolineare:**

Bocca, naso, gola, cuore, polmoni, stomaco, intestino, fegato, reni, sistema nervoso, cervello, psiche, articolazioni, ossa, muscoli

Ulteriori

3. Domande sulla sonnolenza diurna (scala della sonnolenza di Epworth)

0 = non mi addormenterei mai 1 = non mi addormenterei praticamente mai 2 = potrei eventualmente addormentarmi 3 = con molta probabilità mi addormenterei

Quanto facilmente si addormenterebbe nelle seguenti situazioni?	Seduta/o o leggendo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Guardando 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 passeggera/o in auto per un'ora senza pausa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Sdraiata/o il pomeriggio per riposarsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Seduta/o e parlando 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, quando si è fermi nel traffico per qualche minuto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

Score ESS (non compilare)

4. Domande sul sonno e sulla salute in generale

_____ kg _____ kg _____ cm _____ cm
Il suo peso attuale Il suo peso 5 anni fa La sua altezza La circonferenza del suo collo

	sì	no
Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beve regolarmente alcolici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di apnee notturne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha già avuto incidenti dovuti alla sonnolenza (lavoro / guida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di giorno si sente stanca/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi di concentrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi ad addormentarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi di sonno interrotto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha risvegli precoci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di mattina si sveglia riposata/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di irrequietezza motoria alle gambe e alle braccia in fase di addormentamento o durante il sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha bisogno di urinare di notte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di notte soffre dei seguenti disturbi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sensazione di soffocamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accesso di tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficoltà di respirare attraverso il naso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sogni d'ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palpitazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Registrazione

Durante la registrazione sono insorti uno o più dei seguenti disturbi? **Si prega di sottolineare:**
palpitazioni, insufficienza respiratoria, pause nella respirazione, tosse

6. 6. Stato d'animo durante la terapia con maschera (se sta già utilizzando la terapia con la maschera):

	sì	no
Continua a russare e / o ad avere interruzioni della respirazione sotto la maschera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente riposata/o al mattino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fa fatica a rimanere sveglia/o durante il giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo naso e / o la sua bocca sono secchi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo naso cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo naso è ostruito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di flatulenza? Ha bisogno di ruttare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sua maschera è ancora adatta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le è mai capitato di dover togliere la maschera all'improvviso durante il sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha lesioni da pressione causate dalla maschera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aria fuoriesce a causa di una fuga dalla maschera (occhi infiammati)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suda sotto la maschera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia o ha difficoltà a respirare sotto la maschera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha un'eruzione cutanea dovuta alla maschera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il rumore della macchina dà fastidio a lei o al/la sua/o partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>