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

VIOLLIER

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

☐ ♂ ☐ ♀

Professione

Data di nascita

- ☐ Esame iniziale
- ☐ Controllo successivo
- ☐ Poligrafia
- ☐ Pulsossimetria

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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Guardando la televisione	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Seduta/o in luoghi pubblici (p.es. teatro, riunione, presentazione)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Come passeggera/o in auto per un'ora senza pausa	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Sdraiata/o il pomeriggio per riposarsi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Seduta/o e parlando con qualcuno	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Tranquillamente seduta/o dopo un pranzo senza alcol	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	In auto, quando si è fermi nel traffico per qualche minuto	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Score ESS (non compilare)

05.2026 / 14687

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?	☐	☐
Beve regolarmente alcolici?	☐	☐
Soffre di apnee notturne?	☐	☐
Russa?	☐	☐
Ha già avuto incidenti dovuti alla sonnolenza (lavoro / guida)?	☐	☐
Di giorno si sente stanca/o?	☐	☐
Ha problemi di concentrazione?	☐	☐
Ha problemi ad addormentarsi?	☐	☐
Ha problemi di sonno interrotto?	☐	☐
Ha risvegli precoci?	☐	☐
Di mattina si sveglia riposata/o?	☐	☐
Soffre di irrequietezza motoria alle gambe e alle braccia in fase di addormentamento o durante il sonno?	☐	☐
Ha bisogno di urinare di notte?	☐	☐
Di notte soffre dei seguenti disturbi?	☐	☐
• Dispnea	☐	☐
• Sensazione di soffocamento	☐	☐
• Accesso di tosse	☐	☐
• Difficoltà di respirare attraverso il naso	☐	☐
• Sogni d'ansia	☐	☐
• Sudorazione	☐	☐
• Palpitazioni	☐	☐

5. Registrazione

_____	_____
Inizio della registrazione (data / ora)	Addormentamento (data / ora)
_____	_____
Fine della registrazione (data / ora)	Risveglio (data / ora)

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

_____
Ulteriori

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?	☐	☐
Si sente riposata/o al mattino?	☐	☐
Fa fatica a rimanere sveglia/o durante il giorno?	☐	☐
Il suo naso e / o la sua bocca sono secchi?	☐	☐
Il suo naso cola?	☐	☐
Il suo naso è ostruito?	☐	☐
Soffre di flatulenza? Ha bisogno di ruttare?	☐	☐
La sua maschera è ancora adatta?	☐	☐
Le è mai capitato di dover togliere la maschera all'improvviso durante il sonno?	☐	☐
Ha lesioni da pressione causate dalla maschera?	☐	☐
L'aria fuoriesce a causa di una fuga dalla maschera (occhi infiammati)?	☐	☐
Suda sotto la maschera?	☐	☐
Soffre di claustrofobia o ha difficoltà a respirare sotto la maschera?	☐	☐
Ha un'eruzione cutanea dovuta alla maschera?	☐	☐
Il rumore della macchina dà fastidio a lei o al/la sua/o partner?	☐	☐