

Droży Państwo,

Choroby układu oddechowego, serca i układu krążenia mogą mieć swoje przyczyny w zakłóceniach snu. Aby uzyskać wskazówki co do ewentualnych zależności prosimy wyczerpująco odpowiedzieć na poniższe pytania. Wyniki ankiet objęte są tajemnicą lekarską.

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Nr karty \_\_\_\_\_

1. **Czy Pani/Pan chrapie, czy partner zwraca Pani/Panu uwagę?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
2. **Jak ocenia Pani/Pan skalę zjawiska chrapania w skali 1 – 10 punktów (proszę zaznaczyć)?**  
 Delikatne chrapanie nie przerywające snu partnera (1 – 3 pkt.)  
 Chrapanie zakłócające sen partnera (4 – 6 pkt.)  
 Intensywne chrapanie, uciążliwe dla domowników (7 – 9 pkt.)  
 Bardzo głośne chrapanie zmuszające partnera do opuszczenia pomieszczenia (10 pkt.)
3. **Czy ktoś zauważył u Pani/Pana bezdechy w czasie snu?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
4. **Czy jest Pani/Pan senna/y, czy odczuwa Pani/Pan chęć drzemki w ciągu dnia?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
5. **Czy zdarza się, że zapada Pani /Pan w drzemkę, zasypia wbrew własnej woli w ciągu dnia, np.: (proszę zaznaczyć)  w miejscu pracy,  podczas rozmowy,  zebrania,  spotkań towarzyskich,  jedzenia,  oglądania telewizji,  czytania,  podróży,  prowadzenia auta?**
6. **Czy ma Pani/Pan trudności w skoncentrowaniu się przez dłuższy czas?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
7. **Czy ma Pani/Pan trudności w pracy (zmniejszenie wydajności) wynikające z sennałości?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
8. **Czy wieczorem ma Pani/Pan trudności z zaśnięciem?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
9. **Czy zdarza się Pani/Panu budzić w nocy?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
10. **Czy budzi się Pani/Pan nad ranem i potem już nie zasypia, lub czy zasypianie się przedłuża?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
11. **Czy śpi Pani/Pan niespokojnie, często zmieniając pozycję; czy rano pościel jest w nieładzie?**  
 Nigdy                       Rzadko                       Często                       Bardzo często
12. **Jak często oddaje Pani/Pan mocz w nocy?**  
 Wcale                       1 raz                       Kilkakrotnie
13. **Czy odczuwa Pani/Pan w nocy którąś z poniższych dolegliwości na tyle silnie, że budzi Panią/Pana ze snu?**  
 Kołatanie, szybkie bicie serca  
 Uczucie dławienia lub duszność  
 Wzmożoną potliwość, nocne poty  
 Bóle głowy  
 Kaszel  
 Ból w okolicy serca, lub za mostkiem
14. **Ile godzin zwykle Pani/Pan śpi w nocy? .....**
15. **Ile godzin snu potrzebuje Pani/Pan, żeby rano czuć się wypoczętym(tą)? .....**
16. **Proszę podać zwyczajowe godziny zasypiania i wstawania:**  
Dni robocze ..... - .....
17. **Jak zwykle Pani/Pan budzi się rano?**  
 Spontanicznie  
 Z pomocą budzika  
 W inny sposób, krótki opis .....

**18. Jeśli zauważa Pani/Pan u siebie zakłócenia snu – proszę spróbować podać ich przyczynę:**

- Problemy zdrowotne  Depresje  
 Zdenerwowanie, podniecenie  Praca nocna lub zmianowa  
 Stres, problemy w pracy  Hałasy, szумы dochodzące do sypialni  
 Inne, jakie? .....

**19. Czy po przespanej nocy czuje się Pani/Pan rano zmęczona/y i senna/y?**

- Nigdy  Rzadko  Często  Bardzo często

**20. Czy odczuwa Pani/Pan bóle głowy rano po obudzeniu?**

- Nigdy  Rzadko  Często  Bardzo często

**21. Czy rano, po śnie ma Pani/Pan zaschnięte usta i język?**

- Nigdy  Rzadko  Często  Bardzo często

**22. Czy odczuwa Pani/Pan spadek libido, osłabienie pociągu płciowego?**

- Tak  Nie

**23. Czy ma Pani/Pan wieczorem obrzęknięte nogi?**

- Tak  Nie

**24. Czy Pani/Pana sprawność fizyczną ogranicza brak tchu?**

- Nie  
 Przy lekkim wysiłku lub pracy fizycznej  
 Przy dużym wysiłku lub ciężkiej pracy fizycznej

**25. Czy ma Pani/Pan podwyższone ciśnienie?**  Tak  Nie

**26. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?**  Nie  Tak (proszę wpisać je w poniższą tabelę)

Nazwa	Ilość	Jak często	Od kiedy	Przyczyna

**27. Proszę podać informacje na temat palenia.**

- Niepalący  
 Okazyjnie palący  
 Ex-palacz (od kiedy .....)  
 Palący (ile sztuk na dobę .....

**28. Proszę podać informacje o używanych przez Panią/Pana w godzinach wieczornych napojach.**

	Jak często	Ile	Od kiedy
Herbata			
Kawa			
Cola			
Alkohol (jaki? .....			

**29. Czy przeszła Pani/Pan operacje? Jeśli tak, to w którym roku .....**

- migdałków podniebiennych.....  
 trzeciego migdałka.....  
 przegrody nosa.....

**30. Czy ma Pani/Pan trudności w oddychaniu przez nos?**

- Tak  Nie

**31. Czy doznała Pani/Pan urazu nosa? Jeśli tak to w którym roku .....**

- Tak  Nie

**32. Proszę podać swoją wagę ..... kg i wzrost ..... cm BMI = ..... (wypełnia lekarz)**

**33. Czy obecnie Pani/Pan pracuje?**  Tak  Nie

**34. Proszę podać zawód.**

Wyuczony ..... Wykonywany .....

.....  
Data i podpis

## SKALA SENNOŚCI DZIENNEJ EPWORTH

Z jaką łatwością zapadłbyś w drzemkę lub zasnął w sytuacjach opisanych poniżej?

Proszę nie mylić drzemki z uczuciem ogólnego zmęczenia. Pytania odnoszą się do zwykłych sytuacji w okresie ostatnich sześciu miesięcy. Nawet jeśli nie zdarza Ci się jedna z poniższych sytuacji, postaraj się wyobrazić sobie, w jakim stopniu byłoby to możliwe.

W odpowiedziach proszę zastosować skalę:

- 0 – nigdy nie zasnę
- 1 – mała możliwość drzemki
- 2 – średnia możliwość drzemki
- 3 – duża możliwość drzemki

1. Siedząc lub czytając .....
2. Oglądając telewizję .....
3. Siedząc w miejscu publicznym, np.: w teatrze lub na zebraniu .....
4. Podczas godzinnej, nieprzerwanej jazdy samochodem jako pasażer .....
5. Po południu, leżąc .....
6. Podczas rozmowy, siedząc .....
7. Po obiedzie, w spokojnym miejscu .....
8. Prowadząc samochód, podczas kilkuminutowego oczekiwania w korku .....

Suma punktów .....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.