

Ankieta wstępna dla Pacjentów z podejrzeniem zespołu bezdechu sennego

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą ustalić, czy jest Pani/Pan zagrożony zachorowaniem na zespół bezdechu sennego.

1. Czy głośno chrapiasz?	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Czy czujesz się zmęczony i/lub niewyspany rano po wstaniu z łóżka?	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Czy w ciągu dnia często jesteś śpiący i/lub możesz z łatwością zasnąć?	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4. Czy masz nadwagę i/lub masz duży obwód szyi?	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5. Czy ktoś zaobserwował u Ciebie przerwy w chrapaniu i/lub oddychaniu w czasie snu?	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

• Jeśli Pani/Pan lub ktoś z bliskich odpowie „**Tak**” na jedno z powyższych pytań, może to oznaczać, że występuje u Pani/Pana zespół bezdechu sennego.

Należy zgłosić się do lekarza pulmonologa, który może skierować na badanie diagnostyczne do Laboratorium Snu.

• Istnieje kilka skutecznych sposobów leczenia tej choroby. Między innymi od zaawansowania schorzenia zależy, który jest najskuteczniejszy. Każdy przypadek należy omówić z lekarzem.

• Nie leczony zespół bezdechu sennego może nieść ze sobą bardzo groźne powikłania.

imię i nazwisko pacjenta

tel. kontaktowy:.....

data wypełnienia ankiety.....

Wypełnioną ankietę prosimy przesłać na numer faksu: 071 71 17 415

lub adres mailowy: laboratorim.snu@emc-sa.pl