

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Prosimy o wypełnienie ankiety (z dwóch stron) oraz o zaznaczenie **WŁAŚCIWYCH** odpowiedzi.

Proszę zaznaczyć objawy, które u Pan/i występują:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nadmierna senność                        | <input type="checkbox"/> Chrapanie                               |
| <input type="checkbox"/> Sen nieprzynoszący odpoczynku            | <input type="checkbox"/> Problemy z ponownym zaśnięciem          |
| <input type="checkbox"/> Bóle głowy                               | <input type="checkbox"/> Potrzeba oddawania moczu w nocy         |
| <input type="checkbox"/> Trudności z koncentracją                 | <input type="checkbox"/> Nagłe wybudzenia ze snu, przerywany sen |
| <input type="checkbox"/> Znaczna suchość w ustach po przebudzeniu | <input type="checkbox"/> Uczucie braku powietrza w nocy          |
| <input type="checkbox"/> Inne (proszę wypisać jakie): _____       |  |

Choroby przewlekłe:

Przyjmowane leki:

Masa ciała: \_\_\_\_\_ kg

Wzrost: \_\_\_\_\_ cm

Czy był/a Pan/i wcześniej diagnozowany/a w kierunku obturacyjnego bezdechu sennego?	Tak	Nie
Czy leczy się Pan/i w poradni zdrowia psychicznego?	Tak	Nie
Czy jest Pan/i kierowcą zawodowym?	Tak	Nie
Czy prowadząc samochód miał/a Pan/i kiedykolwiek wypadek komunikacyjny, który był spowodowany zaśnięciem za kierownicą?	Tak	Nie

Proszę określić, jak duże było w ostatnim czasie prawdopodobieństwo **zaśnięcia** w wymienionych poniżej sytuacjach, w odróżnieniu od uczucia ogólnego zmęczenia. Jeśli Pan/i nie wykonywał/a tych czynności w ostatnim czasie, proszę je sobie wyobrazić i określić, jak wptynęłyby one na Pana/ią. Proszę posłużyć się poniższą skalą od 0 do 3 i wybrać cyfrę najbardziej pasującą do każdej sytuacji. Proszę o wpisanie numerów w kolumnie po prawej stronie.

0 = zerowe prawdopodobieństwo zaśnięcia

1 = małe prawdopodobieństwo zaśnięcia

2 = średnie prawdopodobieństwo zaśnięcia

3 = duże prawdopodobieństwo zaśnięcia

1. Siedzenie i czytanie	
2. Oglądanie telewizji	
3. Bierne siedzenie w miejscach publicznych (np. w parku, teatrze, na zebraniu)	
4. Jako pasażer w samochodzie, jadąc przez godzinę bez odpoczynku	
5. Leżenie i odpoczywanie po południu, jeśli okoliczności na to pozwalają	
6. W czasie rozmowy, siedząc	
7. Spokojne siedzenie po obiedzie bez alkoholu	
8. W samochodzie, podczas kilkuminutowego postoju w korku lub na czerwonym świetle	

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

S	Czy chrapią Państwo głośno (na tyle głośno, że słychać przez zamknięte drzwi, lub partner(ka) szturcha Państwa w nocy za chrapanie)?	Tak	Nie
T	Czy często czują się Państwo zmęczeni, wyczerpani lub śpiący w trakcie dnia (np. zasypianie podczas prowadzenia pojazdu)?	Tak	Nie
O	Czy ktoś zauważył, że przestali Państwo oddychać lub dusili / krztusili się we śnie?	Tak	Nie
P	Czy mają Państwo nadciśnienie lub przyjmują leki na nadciśnienie?	Tak	Nie
B	Wskaźnik masy ciała (BMI) powyżej 35 kg/m <sup>2</sup> ?	Tak	Nie
A	Wiek powyżej 50 lat?	Tak	Nie
N	Duży obwód szyi (rozmiar kołnierzyka)? (mierzony na wysokości jabłka Adama) Mężczyźni – 43 cm lub większy Kobiety – 41 cm lub większy	Tak	Nie
G	Czy jesteś mężczyzną?	Tak	Nie