

Imię,

nazwisko:

.....

Kwestionariusz dotyczący drożności górnych dróg oddechowych

Wiek: lat

Waga: kg Wzrost: cm

Płeć: K M

- Czy oddychasz przez usta w ciągu dnia? Nie Tak
- Jakie są Twoje trudności z oddychaniem? małe umiarkowane ciężkie
- Czy oddychać przez usta, gdy śpisz? Nie Tak
- To się dzieje: sporadycznie umiarkowanie zawsze
- Czy oddychasz przez usta w ciągu dnia? Nie Tak
- To się dzieje: sporadycznie umiarkowanie zawsze
- Czy chrapiasz? Nie Tak
- Czy twoje chrapanie jest: łagodne umiarkowane ciężkie
- Czy jesteś zmęczony w ciągu dnia? Nie Tak
- Czy twoje zmęczenie w ciągu dnia jest: lekkie umiarkowane duże
- Czy masz bezdech senny? Nie Tak
 - o Jeśli tak to kiedy to się zaczęło i kiedy postawiono diagnozę?
.....
.....
- Czy Twój bezdech senny jest: łagodny średni ciężki
- Czy masz problemy ze snem w nocy? Nie Tak
- Czy w trakcie snu zmieniasz wielokrotnie pozycję? Nie Tak
- Czy budzisz się w nocy nie mogąc złapać oddechu? Nie Tak
- To się dzieje: sporadycznie umiarkowanie często
- Czy w trakcie snu wykonujesz częste ruchy kończyn? Nie Tak
- Czy śpisz na: plecach boku brzuchu w innej pozycji
- Czy masz wysokie ciśnienie krwi? Nie Tak
- Czy palisz papierosy? Nie Tak (zwykle elektroniczne)
 - o Jeśli tak to ile paczek lub papierosów dziennie?
.....
- Przebyte choroby płuc? Nie Tak (Jakie?.....)