

Cuestionario de medicina del sueño: paciente nuevo

NOMBRE: _____

FECHA: _____

¿Tiene un horario regular para acostarse a dormir y levantarse? _____

Noches entre semana (lunes a viernes):

Hora de acostarse: _____ p.m.

Hora de levantarse: _____ a.m.

Fines de semana:

Hora de acostarse: _____ p.m.

Hora de levantarse: _____ a.m.

¿Cuánto tiempo se tarda en dormirse? _____

¿En qué posición prefiere dormir? _____ (boca arriba/de lado)

Después de que se queda dormido, ¿cuántas veces se despierta durante la noche? _____

¿Ronca usted? _____

¿Deja de respirar cuando duerme? _____

¿Se despierta del sueño con falta de aire o asfixiado? _____

¿Se siente refrescado cuando se despierta? _____

¿Se despierta con sequedad bucal en la mañana? _____

Cuando duerme, ¿respira generalmente por la boca o por la nariz? _____

¿Ha habido recientemente algún cambio en su peso? _____

¿Se siente soñoliento durante el día? _____ Si responde, "Sí", ¿durante cuánto tiempo se ha sentido soñoliento durante el día? _____

¿Duerme siestas durante el día? _____ Si responde, "Sí", ¿cuántas veces/semana? _____

¿Cuánto tiempo duran sus siestas? _____ min. ¿Se siente refrescado cuando se despierta de estas siestas? _____

¿Se siente soñoliento cuando maneja? _____ ¿Alguna vez se ha quedado dormido cuando manejaba? _____ ¿Alguna vez ha tenido un accidente de automóvil debido a problemas relacionados con el sueño? _____

¿Toma bebidas con cafeína? _____ Si responde, "Sí", ¿qué toma? _____
¿Cuánto toma? _____

¿Ha tenido alguna fractura nasal u otro traumatismo facial? _____

¿Ha tenido una cirugía de las vías respiratorias superiores? (p. ej., amigdalectomía, adenoidectomía, traqueostomía, etc.) _____

¿Tiene reflujo o acidez durante la noche? _____

¿Tiene alguna dificultad con la memoria o para concentrarse? _____

¿Se ha hecho estudios previos del sueño? _____

Tratamientos previos para trastornos del sueño.

Nombre: _____ Fecha: _____

ESCALA EPWORTH DEL SUEÑO

¿Qué probabilidades hay de que dormite o se quede dormido en las siguientes situaciones, en comparación con cuando simplemente se siente cansado? Aunque no haya hecho algunas de estas cosas recientemente, piense cómo se hubiera visto afectado por ellas. Use la siguiente escala para seleccionar la respuesta más adecuada para cada situación:

- 0 = ninguna probabilidad de quedarse dormido**
1 = leve probabilidad de quedarse dormido
2 = moderada probabilidad de quedarse dormido
3 = alta probabilidad de quedarse dormido

<u>Situación</u>	<u>Probabilidad de quedarse dormido</u>			
Sentarse y leer	0	1	2	3
Ver televisión	0	1	2	3
Sentarse inactivo en un lugar público, por ejemplo, en un cine o una reunión	0	1	2	3
Como pasajero en un carro en un viaje de una hora sin parar	0	1	2	3
Recostarse a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentarse a hablar con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después de almorzar sin beber alcohol	0	1	2	3
En un carro, cuando está detenido por unos minutos debido a un atasco de tráfico	0	1	2	3
Tamaño del cuello: _____	Total: _____			

Nombre: _____ Fecha: _____

Cuestionario de apnea del sueño

¿Ronca fuerte (más alto que al hablar o lo suficientemente alto que se puede oír con la puerta cerrada)?	Sí	No
¿Se siente a menudo cansado, fatigado o soñoliento durante el día?	Sí	No
¿Alguien lo ha observado dejar de respirar mientras usted duerme?	Sí	No
¿Tiene usted presión arterial alta o recibe tratamiento para esta enfermedad?	Sí	No

IMC de más de 35 kg/m ²	Sí	No
¿Tiene más de 50 años?	Sí	No
Circunferencia del cuello > 16 pulgadas (40 cm)?	Sí	No
Sexo: ¿Masculino?	Sí	No

PUNTUACIÓN TOTAL		
-------------------------	--	--