

Non incollare

Si prega di utilizzare una penna a sfera
nera, non una matita.

Diario del paziente Pneumologia

Concerne le ultime 4 settimane

- Esame iniziale Controllo successivo
 Poligrafia notturna Pulsossimetria notturna

Cognome / nome

Professione

Data di nascita

♂ ♀

1. Dati personali

Quali farmaci prende? Li elenchi tutti

Quando si corica la sera?	_____	_____	ora
Alla sera quanto tempo impiega per addormentarsi?	_____	_____	min
Dorme da solo nella camera?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Il Suo / la Sua partner ha notato delle interruzioni del suo respiro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Fa uso di sonniferi?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Attualmente fuma?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Ha fumato in precedenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
	numero: _____	anni: _____	
Quanti bicchieri di alcol beve in una normale giornata?	_____	numero: _____	
Ha già avuto incidenti dovuti alla sonnolenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Di notte soffre di irrequietezza nei movimenti alle gambe, braccia, schiena?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Quanto pesava 1 anno fa?	_____	_____	kg
Quanto pesava 5 anni fa?	_____	_____	kg
Qual è il Suo peso attuale?	_____	_____	kg
Qual è la Sua altezza?	_____	_____	cm
Qual è la circonferenza del suo collo?	_____	_____	cm
Conosce il motivo del Suo disturbo del sonno? (P. es. problemi fisici, psichici, rumori)			

2. Domande in merito alla sonnolenza diurna

Quanto facilmente si addormenterebbe nelle seguenti situazioni?

È inteso veramente addormentarsi, quindi non solo avere la sensazione di essere stanchi. Le domande si riferiscono **alle ultime quattro settimane**. Anche se non esegue alcune delle attività descritte, provi ad immaginarsi quali effetti avrebbero potuto avere su di Lei. Scelga dalla scala riportata qual è il numero che più rappresenta la risposta alla domanda.

Scala dei punteggi e significato

- 0 = non mi addormenterei mai 2 = potrei probabilmente addormentarmi
1 = non mi addormenterei 3 = con molta probabilità mi addormenterei

Stando seduti o leggendo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
A guardare la televisione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Seduta/o in luoghi pubblici (p.es. teatro, riunione, presentazione)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Come passeggero in auto per un'ora senza pausa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sdraiarsi il pomeriggio per riposarsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Seduta/o e parlare con qualcuno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tranquillamente seduta/o dopo un pranzo senza alcol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
In auto davanti ad un semaforo rosso per alcuni minuti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Score ESS (non compilare)	_____			

3. Domande sul sonno

Per chiarire ulteriormente i Suoi disturbi La preghiamo di compilare il formulario in maniera esaustiva. La preghiamo di crociare la casella relativa. Le domande sul comportamento del sonno si riferiscono **alle ultime quattro settimane**.

	mai	raramente	occasional.	spesso	molto spesso
1. Di giorno si sente stanca/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Di giorno si addormenta spontaneamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le riesce difficile concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si sente limitata/o nel Suo rendimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La sera si addormenta male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le capita di svegliarsi in piena notte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le capita di svegliarsi prima e di non riaddormentarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Di notte deve andare in bagno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Di notte soffre dei seguenti disturbi?					
• Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sensazione di soffocamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attacchi di tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficoltà a respirare attraverso il naso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Incubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lei russa?					
• solo in posizione supina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dopo consumo di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	molto spesso	spesso	occasional.	raramente	mai
11. Alla mattina si sveglia riposata/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Registrazione

	Data	Ora
Inizio della registrazione	_____	_____
Fine della registrazione	_____	_____
Disturbi, attività insolite	_____	_____

Per porre una diagnosi accurata riporti nel presente diario del paziente i Suoi disturbi, attività insolite, farmaci e fasi del sonno indicando la data e l'ora.

Disturbi

- Dispnea, sensazione di soffocamento, minzione
- Vertigine
- Batticuore, tachicardia, extrasistoli
- Dolori: al petto, al braccio, al collo

Importante

- Annotare l'inizio e la fine della registrazione con data e ora
- Evitare di bagnare il registratore o gli elettrodi
- Evitare di fare il bagno e la doccia

Di quali malattie soffre? Indicare pure le malattie trattate e le operazioni subite (cuore, polmoni, stomaco, intestino, fegato, reni, addome, sistema nervoso, cervello, psiche, articolazioni, ossa, muscoli, ecc.)

Malattia	Dati accurati	Quando
Infarto miocardico <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Pressione sanguigna elevata <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Diabete <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Malattia vascolare <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Colpo apoplettico <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Bronchite cronica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Asma <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Depressione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Operazioni <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Altre <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____