

## Enkät till Er som ska göra en nattlig andningsregistrering

Datum

Personnummer:		Namn:	
Mobilnummer/hemtelefon:			
E-post adress:			
Vikt:	kg	Längd:	cm
Datum			

### 1. Socialt

Yrke:	Dricker du alkohol/mängd?
<input type="checkbox"/> Jag röker, började år                      antal cig/dag	<input type="checkbox"/> Har rökt, började år                      slutade år
<input type="checkbox"/> Har aldrig rökt	<input type="checkbox"/> Snusar

### 2. Tidigare sjukdomar

Har du följande sjukdomar?		
• Astma, KOL eller andra luftrörsbesvär	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Hjärtsjukdom/förmaksflimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Stroke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Propp i lungan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Allergi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
• Depressions sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annan sjukdom som kan vara av vikt för ART att känna till?		

### Vilka läkemedel tar du? Notera även vid behovsmediciner

Namn	Styrka	Morgon	Middag	Kväll	Natt

### 3. Sömn

Hur upplever du din sömn?

När somnar du? / När vaknar du?

Vaknar du ofrivilligt flera gånger under natten?

Ja

Nej

Beskriv

Tar du sömntablett?

Ja

Nej

Har någon i din omgivning noterat snarkningar eller andningsuppehåll?

Ja

Nej

Har du svårt att koncentrera dig?

Ja

Nej

Har du minnessvårigheter

Ja

Nej

Svettas du onormalt mycket nattetid?

Ja

Nej

Behöver du kissa på natten?

Ja

Nej

Vaknar du med obehagskänsla eller värk i huvudet?

Ja

Nej

Beskriv

### 4. Övre luftvägar

Har du nästäppa?

Ja

Nej

Beskriv

Har du opererat dina halsmandlar?

Ja

Nej

Om ja, var och när?

Har du opererat näsan eller svalget?

Ja

Nej

Om ja, vad och hur?

Har du en bettskena som används nattetid?

Ja

Nej

Om ja, i vilket syfte?

Har du tand protes/brygga?

Ja

Nej

Över- eller underkäke?

### 5. Dagtrötthet (ESS) The Epworth Sleepiness Scale

Hur troligt är det att du skulle slumra till/somna i följande situationer, till skillnad från att bara känna dig trött?  
Det avser ditt vanliga levnadssätt under den senaste tiden.

Situation	Skulle aldrig somna	Liten risk att slumra/somna	Måttlig risk att slumra/somna	Stor risk att slumra/somna
Sitter och läser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tittar på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter överksam på allmän plats (t ex teater eller ett möte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som passagerare i en bil i en timme utan paus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligger ner och vilar på eftermiddagen om omständigheterna tillåter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter och pratar med någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter stilla efter att ha ätit lunch (utan alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en bil som stannat några minuter i trafiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summa poäng