

Cuestionario Sobre el Desorden del Sueño

Información para el paciente

Nombre	Estatura	Edad	Género	Fecha de nacimiento
	Peso	BMI (calculado)		Tamaño del cuello

CUESTIONARIO STOP BANG (Marque sí o no)

sí no

S (roncar)

¿Ronca?

T (fatigado)

¿Se siente cansado durante el día? ¿Se despierta con la sensación de que no has dormido?

O (observado)

Jadeas en busca de aire o te sientes que te ahogas mientras duermes?

P (presión)

¿Tiene la presión arterial alta o está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?

Resultado: Si contestó SI a dos o más preguntas en esta sección está en riesgo de OSA.

B (BMI)

El índice de masa corporal de usted es superior a 35?

A (edad)

Tiene usted 50 años o mas?

N (neck) ¿Es usted un hombre con la circunferencia del cuello mayor de 17 pulgadas, o una mujer con la circunferencia del cuello de más de 16 pulgadas?

G (gender)

¿Eres un hombre?

Resultado: Cuantas más preguntas usted marcó Sí en esta sección, mayor será su riesgo de tener moderada a severa OSA

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Qué probabilidad hay de que este soñoliento o se quede dormido(a) en las siguientes situaciones en comparación con sentirse simplemente cansado(a)? Esto se refiere a su forma de vida habitual en estos últimos tiempos. Aunque recientemente no haya realizado alguna de estas actividades, intente pensar la forma en que le afectarían. Use la escala a continuación para seleccionar el número más apropiado para cada situación:

0 = Nunca estaría soñoliento ni dormiría

1 = Escasa posibilidad de estar soñoliento o de dormirse

2 = Moderada posibilidad de estar soñoliento o de dormirse

3 = Elevada posibilidad de estar soñoliento o dormirse

	0	1	2	3
Sentado(a) y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, inactivo(a) en un lugar público (por ej. un teatro, una reunión o un parque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un automóvil durante un viaje de una hora seguida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recostado(a) para descansar por la tarde si las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado(a) y hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado(a) en silencio después de un almuerzo sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un automóvil, mientras está detenido(a) en un semáforo por unos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL

Resultado: 0-9 Normal 10-11 En riesgo 12-24 Soñoliento

CleveMed

Cleveland Medical Devices Inc.

Cuestionario por la Mañana



Para ser completado después de la prueba del sueño en casa del paciente

Fecha de la prueba*

Hora que te quedaste dormido(a)*

Duración normal de sueño*

Duración del sueño*

Medicamentos actuales*

La queja principal del sueño*

- Ronquidos
- Apnea visto (cese de la respiración durante el sueño)
- La somnolencia diurna excesiva
- Otro (explicar en detalle)

Historial médico*

*Información necesaria