

Vragenlijst bij intake slaaponderzoek

S.v.p. omcirkelen wat voor u het meest van toepassing is:

Naam:

Geboortedatum:

Omschrijf uw hoofdklacht in uw eigen woorden

.....
.....
.....
.....

Totaal aantal ja:.....

Snurken

Heeft u zelf last van het snurken? Ja/nee

Heeft uw omgeving hiervan last? Ja/nee

Hoe hinderlijk is uw snurkgeluid? (0 is niet, 10 is extreem) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Snurkt u in alle houdingen? Ja/nee

Zo nee. In welke houding? Buik/linker zijde/rechter zijde/ rug

Heeft u vaak een verstopte neus? Ja/nee

Bent u eerder op de polikliniek KNO geweest of bent u momenteel nog onder behandeling op de polikliniek KNO? Ja/nee

Zo ja, sinds welk jaar..... en bij welke arts(en).....

Heeft u ooit een ingreep gehad op KNO gebied? Ja/nee

Zo ja, welke ingre(e)p(en) en wanneer:

.....

Ademstilstanden

Wordt u vaak wakker met een verstikkingsgevoel? Ja/nee

Wordt u vaak wakker met een verhoogde hartslag? Ja/nee

Inslapen en doorslapen

Heeft u 's avonds moeite met in slaap vallen? Nee / Zo ja, doordat.....

Wordt u vaak (> 5 keer per nacht) wakker? Nee / Zo ja, doordat.....

Hoe laat gaat u meestal naar bed?.....

Hoe laat staat u meestal op?.....

Hoeveel uur per nacht denkt u dat u daadwerkelijk slaapt?.....

Slaapt u ook overdag? Nee/ zo ja, hoelang.....

Overdag

Voelt u zich bij ontwaken voldoende uitgerust? NOOIT / SOMS / VAAK

Wordt u 's ochtends vaak wakker met hoofdpijn? NOOIT / SOMS / VAAK

Heeft u moeite met uw concentratie overdag (denk ook aan werk) of vergeetachtigheid?

Ernstig/matig/licht/nee

Heeft u moeite met wakker blijven bij inactiviteit (TV kijken, lezen)? Ernstig/matig/licht/nee

Dreigt u in slaap te vallen bij het autorijden? NOOIT / SOMS / VAAK

Voelt u zich prikkelbaar of snel geïrriteerd? NOOIT / SOMS / VAAK

Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Hoe waarschijnlijk is het dat u indut of in slaap valt (in plaats van u alleen maar moe te voelen) in de hierna te noemensituaties? Het gaat hier over uw gebruikelijke manier van leven de laatste tijd. Als u een paar van de dingen de laatste tijd niet gedaan heeft, probeert u zich dan voor te stellen wat hun uitwerking op u geweest zou zijn.

Gebruik de volgende schaal en kies het meest toepasselijke cijfer voor elke situatie:

Score 0 = geen enkele kans op indutten

Score 1 = kleine kans op indutten

Score 2 = redelijke kans op indutten

Score 3 = grote kans op indutten

Situatie:	Score
Zitten te lezen
TV kijken
Passief zitten in een openbare ruimte (wachtkamer, theater)
Een uur meerijden in een auto zonder te stoppen
's Middags even liggen rusten als de omstandigheden toelaten
Met iemand zitten praten
Rustig zitten na een lunch zonder alcohol
Gedurende een paar minuten stilstaan in de file
Totaal score ESS

STOPBANG

- Snoring:**
Snurkt u luid? (luider dan praten of luid genoeg om door dichte deuren gehoord te worden) Ja/nee
- Tired**
Voelt u zich vaak moe, vermoeid of slaperig gedurende de dag? Ja/nee
- Observed Apneas**
Heeft iemand bij u 's nachts ademstops opgemerkt? Ja/nee
- Blood Pressure**
Bent u ooit (of wordt u) behandeld voor hoge bloeddruk? Ja/nee
- BMI**
Is uw BMI hoger dan 35? Lengte:,
Gewicht:..... BMI (gewicht/lengte²):..... Ja/nee
- Age**
Bent u boven de 50 jaar? Ja/nee
- Neck circumference**
Is uw nekomtrek (boordmaat) boven de 40? Ja/nee
- Gender**
Bent u man? Ja/nee

Andere verschijnselen in avond en nacht

Heeft u 's avonds een onbedwingbare drang om uw benen te bewegen? Ernstig/matig/licht/nee

Verhindert dit gevoel het inslapen of doorslapen? Ja/nee

Verergert deze drang met name tijdens rust en stil (moeten) liggen? Ja/nee

Neemt de drang om uw benen te bewegen af door te bewegen (lopen, strekken)? Ja/nee

Bemerkt u of uw omgeving andere slaapgerelateerde bijzonderheden of zaken zoals:

Praten	Ja/nee
Oprispingen, zuurbranden	Ja/nee
Tandenknarsen	Ja/nee
Slaapwandelen, verward opschrikken, uit bed vallen	Ja/nee
Ander onrustig gedrag tijdens de slaap of rondom de slaap/waak overgangen? Nee/ Zo ja, welke?	

.....

Heeft u vaak nachtmerries?	Ja/nee
Ervart u soms een verlamd gevoel bij het inslapen of wakker worden?	Ja/nee

Bent u momenteel (of in het verleden) onder behandeling geweest in verband met:

- Hoge bloeddruk? Ja/nee
- Hart- en/of vaatlijden? Ja/nee.....
- Longproblemen? Ja/nee.....
- Suikerziekte? Ja/nee
- Lever-, nier-, of schildklierproblematiek? Nee/ zo ja, welke?.....
- Ijzergebrek? Ja/nee

Algemene vragen

Bent u bekend met een allergie? Nee/ Zo ja, welke.....
 Wat is uw lichaamslengte?.....
 Wat is uw lichaamsgewicht?.....
 Kunt u ongeveer aangeven hoe uw gewicht over de afgelopen jaren veranderd is? In 1990 ca.....kg, in 2000 cakg, in 2010 cakg.
 Is er een relatie tussen uw gewichtsverandering en uw klachten?

.....

Werkt u op dit moment? Ja/nee
 Wat is uw beroep?
 Werkt u, of heeft u in wisseldiensten gewerkt? Ja/nee
 Heeft u een regelmatig leefpatroon? Ja/nee
 Drinkt u vaak koffie? Ja/neekoppen per dag
 Drinkt u vaak thee? Ja/neekoppen per dag
 Drinkt u veel cola? Ja/neeglazen per dag
 Gebruikt u alcohol? Ja/neeglazen per dag
 Rookt u?

Welke medicatie gebruikt u op dit moment?

.....

