

Vragenlijst bij intake slaaponderzoek

Naam:

Geboortedatum: **Geslacht:** m/v

Adres + postcode:

Wenst u een SMS te ontvangen ter herinnering van de afspraken? Ja/nee

Zo ja. Op welk telefoonnummer:

Omschrijf uw hoofdklacht in uw eigen woorden:

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

S.V.P. omcirkelen wat voor u het meest van toepassing is:

Snurken

Snurkt u? **Ja/nee**

Zo ja. 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 om in slaap vallen? **Ja/nee**

Zo ja, doordat

Wordt u vaak (> 5 keer per nacht) wakker? **Ja/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? **Ja/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 noemen situaties? 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
Totale score

STOPBANG

- S**noring:
Snurkt u luid? (luider dan praten of luid genoeg om door dichte deuren gehoord te worden) **Ja/nee**
- T**ired
Voelt u zich vaak moe, vermoeid of slaperig gedurende de dag? **Ja/nee**
- O**bserved Apneas
Heeft iemand bij u 's nachts ademstops opgemerkt? **Ja/nee**
- B**lood **P**ressure
Bent u ooit (of wordt u) behandeld voor hoge bloeddruk? **Ja/nee**
- B**MI
Is uw BMI hoger dan 35?
Lengte: Gewicht: **Ja/nee**
- A**ge
Bent u boven de 50 jaar? **Ja/nee**
- N**eck circumference
Is uw nekomtrek (boordmaat) boven de 40? **Ja/nee**
- G**ender
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**

Zo ja. 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**

Verhindert dit gevoel het inslapen of doorslapen? **Ja/nee**

Bemerkt u of uw omgeving andere slaap gerelateerde bijzonderheden of zaken zoals ...:

... praten? **Ja/nee**

... oprispingen, zuurbranden? **Ja/nee**

... tandenknarsen? **Ja/nee**

... slaapwandelen, verward opschrikken, uit bed vallen? **Ja/nee**

Bemerkt u of uw omgeving ander onrustig gedrag tijdens de slaap of rondom de slaap/waak overgangen? **Ja/nee**

Zo ja, welke?

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

Heeft u vaak nachtmerries? **Ja/nee**

Ervaart 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**

Zo ja, welke?

- ... longproblemen? **Ja/nee**

Zo ja, welke?

- ... suikerziekte? **Ja/nee**

- ... lever-, nier-, en/of schildklierproblematiek? **Ja/nee**

Zo ja, welke?

- ... ijzergebrek? **Ja/nee**

Algemene vragen

Bent u bekend met een allergie? **Ja/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 ca kg, in 2010 ca kg.

Is er een relatie tussen uw gewichtsverandering en uw klachten?

.....

Werkt u op dit moment? **Ja/nee**

Wat is/was uw beroep?

Werkt u, of heeft u in wisseldiensten gewerkt? **Ja/nee**

Heeft u een regelmatig leefpatroon? **Ja/nee**

Drinkt u vaak koffie? **Ja/nee**

Zo ja, koppen per dag

Drinkt u vaak thee? **Ja/nee**

Zo ja, koppen per dag

Drinkt u vaak cola? **Ja/nee**

Zo ja, glazen per dag

Drinkt u alcohol? **Ja/nee**

Zo ja, glazen per dag

Rookt u of heeft u gerookt? **Ja/nee**

Zo ja, sigaretten per dag, in totaal jaar

Welke medicatie gebruikt u op dit moment?

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

Gebruikt u momenteel rustgevende tabletten of slaapmedicatie? **Ja/nee**

 Zo ja, welke?.....

Heeft u in het verleden rustgevende tabletten of slaapmedicatie gebruikt? **Ja/nee**

 Zo ja, welke?.....

Ruimte voor overige opmerkingen:

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

U kunt deze vragenlijst ook doormailen naar PoliLonggeneeskundeSG@zuyderland.nl