Cuestionario para pacientes (1 de 2)

Información Personal
Nombre:________________________________ Apellidos:________________________________
Fecha de nacimiento:_____________________ Sexo:________________ Peso:_______________ Altura:________________
Consumo de alcohol (días por semana):______ Exfumador______ Consumo de tabaco (cigarrillos por semana):___________

Antecedentes médicos
Problemas respiratorios    □ Sí  □ No
Problemas cardiovasculares □ Sí  □ No
Problemas renales          □ Sí  □ No
Problemas digestivos       □ Sí  □ No
Problemas neurológicos     □ Sí  □ No

Por favor, marque con sí o no (Es posible que necesite preguntar a su compañero/a de cama).

1. ¿Ronca habitualmente?    □ Sí  □ No
2. ¿Ronca cuando duerme boca-arriba? □ Sí  □ No
3. ¿Ronca cuando duerme de lado? □ Sí  □ No
4. ¿Empeora su ronquido tras beber alcohol? □ Sí  □ No
5. ¿Empeora su ronquido con catarro o alergia? □ Sí  □ No
6. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? □ Sí  □ No
7. ¿Toma tranquilizantes o pastillas para dormir? □ Sí  □ No
8. ¿Tiene sensación de asfixia o ahogo durante la noche? □ Sí  □ No
9. ¿Ha dejado de respirar durante el sueño? □ Sí  □ No
10. ¿Se levanta habitualmente para orinar durante la noche? □ Sí  □ No
11. ¿Aprieta la mandíbula o rechina los dientes mientras duerme? □ Sí  □ No
12. ¿Mueve los brazos o las piernas durante la noche? □ Sí  □ No
13. ¿Cuando duerme tiene pesadillas o sueños extraños? □ Sí  □ No
14. ¿Se siente cansado cuando despierta? □ Sí  □ No
15. ¿Se despierta frecuentemente con dolores de cabeza? □ Sí  □ No
16. ¿Se siente cansado a lo largo del día? □ Sí  □ No
17. ¿Tiene problemas de concentración a lo largo de la jornada? □ Sí  □ No
18. ¿Han disminuido sus facultades intelectuales? □ Sí  □ No
19. ¿Siente dolor en la mandíbula o las mejillas? □ Sí  □ No
20. ¿Siente dolor en los dientes? □ Sí  □ No
21. ¿Se ha lesionado o ha recibido cirugía en la nariz? □ Sí  □ No
22. ¿Le han extraído las anginas o vegetaciones? □ Sí  □ No
23. ¿Tiene congestiónada u obstruida la nariz? □ Sí  □ No
24. ¿Le han realizado algún estudio del sueño / polisomnografía? □ Sí  □ No
25. ¿Ha recibido algún tratamiento para el ronquido y la apnea? □ Sí  □ No

Si es así, ¿Cuándo? ____________________________________

Esta información es totalmente confidencial. Las respuestas serán utilizadas para diagnosticar los problemas del paciente derivados del ronquido o la apnea del sueño. En cumplimiento de lo establecido por la ley LOPD 15/1999, se le garantiza la completa confidencialidad. Los datos aportados no serán agregados a ninguna base de datos ni serán utilizados con fines comerciales.
Escala de Mallampati
Señale el gráfico que más se asemeje a su cavidad bucal.
Consulte con su doctor para elegir correctamente la clase a la que pertenece:

- Clase I
- Clase II
- Clase III
- Clase IV

Cuestionario de somnolencia diurna Epworth
Este cuestionario pretende valorar la facilidad para sentir cansancio, soñolencia o quedarse dormido en cada una de las diferentes situaciones. Aunque no haya vivido alguna de estas situaciones recientemente, intente imaginar cómo le habría afectado.

A continuación se describirán algunas situaciones, intente valorar marcando de 0 a 3 con respecto a esta escala:

0 = Nunca tengo sueño
1 = Ligera probabilidad de tener sueño
2 = Moderada probabilidad de tener sueño
3 = Alta probabilidad de tener sueño

<table>
<thead>
<tr>
<th>Actividad</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sentado y leyendo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Viendo la televisión</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sentado, inactivo en un lugar público</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Como pasajero en un coche durante una hora seguida</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Descansando echado por las tardes cuando la circunstancias lo permiten</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sentado charlando con alguien</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sentado tranquilamente tras una comida sin alcohol</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>En el coche al pararse algunos minutos en el tráfico</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Puntuación Total: ________________________

Si su puntuación es inferior a 6 puntos su somnolencia diurna es baja o ausente; si está comprendida entre 7 y 8, se encuentra en la media de la población y si es superior a 9 su somnolencia es excesiva.

Firme para confirmar la cesión de sus datos necesarios para su estudio:

Esta información es totalmente confidencial. Las respuestas serán utilizadas para diagnosticar los problemas del paciente derivados del ronquido o la apnea del sueño. En cumplimiento de lo establecido por la ley LOPD 15/1999, se le garantiza la completa confidencialidad. Los datos aportados no serán agregados a ninguna base de datos ni serán utilizados con fines comerciales.