

**Управление делами Президента Российской Федерации
Клинический санаторий «Барвиха»
Отделение медицины сна**

143083 Московская обл., Одинцовский р-н тел./факс (495) 635-69-07, E-mail: sleepnet@sleepnet.ru, www.sleepnet.ru

АНКЕТА ПО СНУ

Дата: " _____ " _____ 200 ____ г. Год рождения _____ Возраст _____ Номер и/б _____

Ф.И.О.(полностью): _____

Рост _____ см Вес _____ кг Вес 1 год назад _____ кг. Вес 5 лет назад _____ кг. Максимальный вес _____ кг

Домашний адрес: _____

Место работы: _____ Должность: _____

Тел. раб. _____ Тел. дом. _____ Тел. моб. _____

Прочитайте, пожалуйста, внимательно указания по заполнению анкеты!

- Если необходимо ответить «Да» или «Нет», то обведите правильный ответ кружком.
- Если необходимо выбрать ответ из списка, то укажите правильный ответ крестиком в скобках (+).

- *****
1. Удовлетворены ли Вы в общем качеством Вашего ночного сна? Да / Нет
 2. Если у Вас имеются проблемы со сном, то в течение какого времени? _____ лет _____ мес _____ нед
 3. Сколько ночей в неделю у Вас отмечаются проблемы со сном? _____
 4. Сформулируйте Вашу основную проблему со сном: _____

5. Отмечаются ли у Вас следующие симптомы?

Боязнь не заснуть	Да / Нет	Пробуждения от нехватки воздуха	Да / Нет
Трудности с засыпанием	Да / Нет	Ночные приступы удушья (20-40 секунд)	Да / Нет
Пробуждения среди ночи	Да / Нет	Затруднение дыхания в полож. на спине	Да / Нет
Беспокойный сон	Да / Нет	Снижение потенции	Да / Нет
Увеличение длительности сна	Да / Нет	Снижение сексуального желания	Да / Нет
Ночью «лезут мысли» в голову	Да / Нет	Ощущение «беспокойных ног» в покое	Да / Нет
Ночная потливость	Да / Нет	Неприятные ощущения в ногах в покое	Да / Нет
Ранние пробуждения в 4-5 утра	Да / Нет	Необходимость двигать ногами	Да / Нет
Неосвежающий сон	Да / Нет	Двигательное беспокойство во сне	Да / Нет
Разбитость по утрам	Да / Нет	Подергивание ног во сне	Да / Нет
Головная боль по утрам	Да / Нет	Судороги в ногах во сне	Да / Нет
Дневная сонливость	Да / Нет	Сногворение	Да / Нет
Снижение работоспособности	Да / Нет	Снохождение	Да / Нет
Снижение памяти	Да / Нет	Скрип зубов во сне	Да / Нет
Хроническая дневная усталость	Да / Нет	Ночная отрыжка пищей	Да / Нет
Раздражительность	Да / Нет	Изжога по ночам	Да / Нет
Тревожность	Да / Нет	Кислый привкус во рту по ночам	Да / Нет
Внутренняя напряженность	Да / Нет	Приступы ночного кашля	Да / Нет
Снижение настроения	Да / Нет	Охриплость голоса по утрам	Да / Нет
Депрессия	Да / Нет	Боль в горле по утрам	Да / Нет
Храп	Да / Нет	Ночное мочеиспускание (>1 раза)	Да / Нет
Всхрапывания	Да / Нет	Перебои в работе сердца ночью	Да / Нет
Остановки дыхания во сне	Да / Нет	Сердцебиение ночью	Да / Нет

6. Отмечали ли Вы сноподобные видения («сны наяву») во время засыпания или пробуждения? Да / Нет
7. Отмечались ли у Вас внезапная сонливость (засыпание) или резкая слабость непосредственно во время сильных эмоций (смех, плач, удивление, испуг)? Да / Нет
8. Отмечалось ли у Вас при засыпании или пробуждении кратковременное ощущение «парализованности тела» (Вы находились в полном сознании, но не могли двигаться)? Да / Нет
9. Отмечали ли Вы приступы непреодолимой сонливости в течение дня, когда Вы засыпали несмотря на все попытки не заснуть? Да / Нет
10. Испытываете ли Вы во время сна где-либо физическую боль или дискомфорт? Да / Нет Если да, то опишите: _____
11. Укажите в среднем, когда Вы ложитесь в кровать: в рабочие дни _____ ч; в выходные дни _____ ч
12. Укажите в среднем, когда Вы встаете утром: в рабочие дни _____ ч; в выходные дни _____ ч

13. Сколько времени в среднем уходит на засыпание? ____ ч ____ мин.
14. Какова суммарная длительность пробуждений в течение ночи? ____ ч ____ мин.
15. Сколько раз в неделю вы ложитесь спать днем? ____ . Какова средняя длительность сна днем? ____ ч ____ мин
16. Связана ли у Вас работа с посменным графиком? Да / Нет
17. Приходится ли Вам часто менять часовые пояса (более 1 раза в месяц, более чем на 2 часа)? Да / Нет
18. Беспокоит ли Вас заложенность носа? Днем: Да / Нет Ночью: Да / Нет
19. Используете ночью медикаменты для устранения заложенности носа? Нет / Иногда / Регулярно
20. Если у Вас отмечается храп, то в течение какого времени? ____ лет ____ мес.
21. Насколько изменился Ваш вес со времени начала храпа? Увеличился на ____ кг, уменьшился на ____ кг.
22. В настоящее время в каком положении Вы храпите:
 только на спине на левом боку на правом боку в любом положении
23. Принимаете ли Вы снотворные? Да / Нет Если да, то какие, в каких дозах и как часто?

24. Перечислите другие медикаменты, которые Вы принимаете в настоящее время (название и доза):

25. Сколько сигарет Вы обычно выкуриваете в день? _____ шт. Как давно Вы курите? ____ лет ____ мес.
26. Сколько и каких алкогольных напитков Вы обычно употребляете в день? _____
27. Сколько чашек вы употребляете в день чая _____, кофе _____ ?
28. Имеется ли у Вас:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> хронический бронхит | <input type="checkbox"/> эпилепсия | <input type="checkbox"/> почечная недостаточность |
| <input type="checkbox"/> бронхиальная астма | <input type="checkbox"/> сахарный диабет | <input type="checkbox"/> аденома предстательной железы |
| <input type="checkbox"/> хронический тонзиллит | <input type="checkbox"/> гипертоническая болезнь | <input type="checkbox"/> гипотиреоз |
| <input type="checkbox"/> хронический гайморит | <input type="checkbox"/> ишемическая болезнь сердца | <input type="checkbox"/> искривление носовой перегородки |
| <input type="checkbox"/> аллергический ринит | <input type="checkbox"/> сердечная недостаточность | <input type="checkbox"/> язва желудка |
| <input type="checkbox"/> вазомоторный ринит | <input type="checkbox"/> нарушения сердечного ритма | <input type="checkbox"/> язва 12-перстной кишки |
| <input type="checkbox"/> полипы носа | <input type="checkbox"/> дыхательная недостаточность | <input type="checkbox"/> паркинсонизм |
| <input type="checkbox"/> анемия | <input type="checkbox"/> акромегалия | <input type="checkbox"/> синдром Кушинга |

29. Переносили ли вы:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> инфаркт миокарда | <input type="checkbox"/> операции на легких | <input type="checkbox"/> операцию в носовой полости |
| <input type="checkbox"/> инсульт | <input type="checkbox"/> пневмоторакс | <input type="checkbox"/> лазерное лечение храпа |
| <input type="checkbox"/> травмы носа | <input type="checkbox"/> удаление аденоидов | <input type="checkbox"/> криолечение храпа |
| <input type="checkbox"/> сотрясение мозга | <input type="checkbox"/> удаление миндалин | <input type="checkbox"/> хирургическое лечение храпа |

30. Имеется ли у Вас аллергия? Да / Нет. Если да, то на что _____
31. Напишите любую другую информацию, которую Вы считаете важной:
-
-

ШКАЛА ОЦЕНКИ СОНЛИВОСТИ

Какова вероятность того, что Вы можете задремать или заснуть в приведенных ниже ситуациях? Это относится к Вашей повседневной жизни за последние 3-4 месяца. Даже если последнее время Вы не оказывались в подобных ситуациях на самом деле, попытайтесь представить, какое воздействие они могли бы на Вас оказать. Используйте приведенную ниже шкалу для выбора наиболее подходящего ответа.

0 = никогда 1 = низкая вероятность 2 = умеренная вероятность 3 = высокая вероятность

СИТУАЦИЯ	вероятность дремоты или засыпания
Читая сидя	
Просматривая телепередачи	
Сидя в общественном месте без проявления активности (в театре или на собрании)	
В качестве пассажира в машине при движении без остановки в течение часа	
Во время отдыха в кровати во второй половине дня, если позволяет ситуация	
Сидя в спокойной обстановке после обеда без потребления алкоголя	
Сидя и разговаривая с кем-либо	
За рулем машины, остановившись на несколько минут на светофоре или в пробке	

Заполняется врачом! *****

СОАС СБН и СПДКС Бессонница Ларингоспазм Нарколепсия Бруксизм	СИПАП УПФП ЛУПП КУПП ВРП Профилактика	Носовое дыхание: Небный язычок: _____ мм Мягкое небо Ретрогнатия Микрогнатия Скученность зубов	Миндалины: 1. За дужками 2. У небных дужек 3. Выступают из-за дужек: справа на _____ мм, слева на _____ мм 4. «Целующиеся миндалины»
--	--	---	--

