

## Sömnapnépatientens formulär för förhandsinformation

Frågorna i detta formulär är viktiga för sömnapnébehandlingen. Vänligen svara på frågorna genom att välja alternativet och/eller fylla i de tomma punkterna. Svara på alla frågor, bara besvarande av formulärets sista fråga är frivilligt.

Personalen som behandlar dig bekantar sig med dina svar redan före läkarbesöket, vilket försnabbar er mottagning.

### Grunduppgifter

Efternamn

Förnamn

Personbeteckning

Ålder

Kön

Man

Kvinna

Längd (cm)

Vikt (kg)

BMI (personalen fyller i)

\_\_\_\_\_

## Yrke och körkort

Vad är ditt yrke?

Arbetar du i skift?

Ja

Nej

Välj något av följande om du arbetar i skift

Treskiftsarbete

Tvåskiftsarbete

Annat, vad

Hurdant körkort har du? Du kan välja ett eller flera

AM/120

B

D1

AM/121

BE

D1E

A1

C1

D

A2

C

DE

A

C1E

T

CE

Har du ett giltigt yrkeskörtillstånd?

Ja

Nej

R-klassificering (personalen väljer)

R1

R2

## Medicinering och tidigare behandlingar / vårdåtgärder

Har du tagit receptbelagda sömnmedel under de senaste tre månaderna?

Ja

Nej

Om du svarade ja, vilka sömnmedel tar du?

Har du någon annan regelbunden medicinering?

Ja

Nej

Om du svarade ja, vilken medicinering?

Har du några andra sjukdomar eller allergier?

Ja

Nej

Om du svarade ja, vilka sjukdomar och/eller allergier?

Har du genomgått några ingrepp i näsa-svalgområdet?

Ja

Nej

Om du svarade ja, när och vilka åtgärder?

Har du behandlats för snarkning/sömnapné?

Ja

Nej

Om du svarade ja, Vilken behandling har du i användning och när har behandlingen inletts?

## Tobak och alkohol

Röker du?

Ja

Jag har slutat röka

Nej

Om du röker:

Hur många cigaretter röker du på ett dygn?

Hur många år har du rökt?

Om du har slutat röka:

När har du slutat röka?

Konsumerar du alkohol?

Nej

Jag konsumerar alkohol ibland

Jag har konsumerat alkohol mer och mer under den senaste tiden

Min alkoholkonsumtion har orsakat mig problem

Om du konsumerar alkohol, hur många portioner intar du i veckan?

(En portion är en flaska öl eller cider / 12cl vin / 4cl sprit)

Sex eller färre

7 – 14

15 eller fler

**ESS test**

**Hur sannolikt är det att du slumrar till eller somnar i följande situationer.**

Använd följande skala för att välja det mest lämpliga alternativet för varje situation

Situationen	Aldrig	Liten	Måttlig	Stor
När jag sitter och läser				
När jag tittar på TV				
När jag sitter passivt på en offentlig plats (t.ex. i en teater eller under en presentation)				
När jag är passagerare i en bil utan avbrott i en timme				
När jag vilar i en liggande position på eftermiddagen, om omständigheterna tillåter				
När jag sitter och pratar med någon				
När jag sitter i lugn och ro efter en alkoholfri lunch				
När jag är i bilen efter att den stannat i trafiken i några minuter				

Sammanlagda poäng (sömnklinikens personal fyller i) \_\_\_\_\_

**Har du något mer att berätta om din behandling?**