

Cuestionario del sueño y la respiración para adultos

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____

Masculino _____ Femenino _____

¿Le han hecho alguna vez una prueba del sueño? _____sí _____no

En caso afirmativo, ¿cuándo se hizo la última prueba del sueño? _____

¿Le han diagnosticado apnea del sueño? _____sí _____no

¿Utiliza actualmente un CPAP o un dispositivo para el sueño para la apnea del sueño? _____Sí _____no

¿Está contento con su CPAP o dispositivo para el sueño? _____sí _____no

Si no está contento, ¿por qué no lo está? _____

¿Con qué frecuencia se levanta de la cama para ir al baño durante la noche? _____

	Sí	No
¿Suele despertarse con una sensación de cansancio y con falta de descanso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ronca habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado hipertensión o tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre a menudo de dolores de cabeza al despertar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Experimenta regularmente somnolencia o fatiga durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene las fosas nasales obstruidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha observado alguien que usted deja de respirar al dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se ha despertado ahogándose o jadeando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Rechina los dientes mientras duerme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La circunferencia de su cuello es superior a 40 cm o 15.75"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su índice de masa corporal (IMC) es superior a 35?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fórmula del IMC

IMC =

(su peso en libras X 703)

(su estatura en pulgadas X su estatura en pulgadas)