

FRÅGEFORMULÄR

Medicinska undersökningar har visat att svår snarkning och framför allt sömnapné kan innebära ökad risk för att utveckla olika sjukdomar.

Du har nu kallats för utredning av Din snarkning och/eller misstänkta sömnapné.

Undersökningsnatten registrerar vi främst Din syremättnad och andningsrörelser.

Dessförinnan ber vi Dig fylla i det bifogade frågeformuläret för att ge oss en god uppfattning om vilka besvär Din snarkning och/eller sömnapné ger Dig. Frågeformuläret kan Du lämna på undersökningsnatten till laboratorieassistenten på sjukhuset.

Svaren på Dina frågor behandlas som Dina övriga journalhandlingar och följer därmed sjukhussekretesslagarna.

Sömnlaboratoriet, lungdivisionen

Tel. 031-342 88 13

Svarsuppgifterna är föremål för samma tystnadsplikt som andra medicinska handlingar.

Namn _____

Födelsenummer _____

Gatuadress _____

Postnummer _____ Ort _____

Dagens datum _____

Telefon hem _____ Telefon mobil: _____

Telefon arbete: _____

Ringa in lämpligt svar!

I. ÄRFTLIGHET

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Finns det någon känd ärftlig sjukdom i Din släkt? | ja | nej |
| 2. Har någon av Dina föräldrar eller syskon avlidit före 50 års ålder? | ja | nej |
| 3. Har Du något syskon som avlidit i spädbarnsålder? | ja | nej |
| 4. Snarkar/snarkade Dina föräldrar eller syskon? | ja | nej |

II. SOCIALT

- | | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1. Är Du gift/sambo? | ja | nej |
| 2. Vad har Du för yrke? | | |

- _____
- | | | |
|--|----|-----|
| 3. Utsätts Du ofta för damm, rök eller lösningsmedel på Din arbetsplats? | ja | nej |
|--|----|-----|

4. Rökvanor:

Bestäm först om Du är **RÖKARE, ICKE-RÖKARE eller FÖRE DETTA RÖKARE.**

Fyll sedan i formuläret **ENDAST** i det avsnitt som gäller Dig.

A ICKE-RÖKARE

är den som aldrig rökt regelbundet men även den som rökt regelbundet högst ½ år och då högst en cigarett, cigarr, cigarrcigarett eller ett pipstopp per dag.

B RÖKARE

är den som röker regelbundet och dagligen har gjort det mer än ½ år, men även den som har rökt på detta sätt men slutat röka för mindre än ½ år sedan.

C F.D. RÖKARE

är den som varit rökare, men slutat röka för mer än ½ år sedan.

- A Är Du **ICKE-RÖKARE**? ja
- B Är Du **RÖKARE**? ja
- a) I vilken ålder började Du röka regelbundet? _____ års ålder
- b) Hur många cigaretter röker Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- c) Hur många cigarr-cigariller röker Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- d) Hur många cigarrer röker Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- e) Hur många gram piptobak rökte Du i genomsnitt per vecka? _____ gram
- C Är Du **FÖRE DETTA RÖKARE**? ja
- a) I vilken ålder började Du röka regelbundet? _____ års ålder
- b) Hur gammal var Du när Du slutade röka? _____ år
- c) Hur många cigaretter rökte Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- d) Hur många cigarr-cigariller rökte Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- e) Hur många cigarrer rökte Du dagligen i genomsnitt? _____ st
- f) Hur många gram piptobak rökte Du i genomsnitt per vecka? _____ gram

5 Alkoholvanor

Genomsnittlig förbrukning i centiliter per vecka;

Öl klass II o III _____ cl

Vin _____ cl

Starksprit _____ cl

III. TIDIGARE SJUKDOMAR OCH ANDRA SJUKDOMAR

- 1 Är Du opererad för körtel (polyp bakom näsan)? ja nej
- 2 Är mandlarna bortopererade? ja nej
- 3 Är Du opererad för näspolyper? ja nej
- 4 Är Du ofta nästäppt? ja nej
- 5 Är Du opererad för nästäppa? ja nej
- 6 Har Du opererats eller behandlats för över/underbett? ja nej
- 7 Är Du opererad för något annat i mun, svalg eller näsregionen? ja nej
- 8 Om ”ja”, vad? _____
- 9 Har Du någon lungsjukdom? ja nej
- 10 Har Du luftrörsbesvär? ja nej
- 11 Har Du allergi? ja nej
- 12 Har Du hösnuva? ja nej
- 13 Har Du astma? ja nej
- 14 Har Du eller har Du haft högt blodtryck? ja nej
- 15 Om ”ja”, sedan hur lång tid? _____

16 Har Du haft hjärtinfarkt?	ja	nej
17 Har Du haft något annat hjärtfel?	ja	nej
18 Har Du kärlekskramp?	ja	nej
19 Svullnar fötterna på kvällarna?	ja	nej
20 Har Du någon neurologisk sjukdom?	ja	nej
21 Har Du någon muskelsjukdom?	ja	nej
22 Har Du psykiska besvär?	ja	nej
23 Har Du någon annan ej ovan nämnd sjukdom?	ja	nej

IV. MEDICINERING

Har Du någon regelbunden medicinering?	ja	nej
Om ”ja”, vilken eller vilka mediciner?		

Äter Du någon gång s.k. sömntabletter eller sömnmedicin?	ja	nej
--	----	-----

V. SÖMN- OCH SNARKVANOR

Följande frågor ska besvaras med att Du ringar in en siffra som visar hur stora besvär av en viss typ Du har. Siffrorna betyder:

0	1	2	3	4	5
vet ej	inga	små	medelmåttiga	stora	mycket stora

Exempel:

Hur stora besvär har Du med att Du känner Dig sömnig under dagen?

0 1 2 3 **4** 5

Genom att siffran 4 har ringats in, har Du svarat att Du har stora besvär av sömnhet dagtid.

	vet ej	inga	små	medel- måttig a	stora	mycket stora
Hur stora besvär har Du med:						
1 att somna på kvällen?	0	1	2	3	4	5
2 att Du vaknar under natten upprepade gånger?	0	1	2	3	4	5
3 att Du känner Dig sömnig under dagen?	0	1	2	3	4	5
4 att Du känner Dig trött under dagen?	0	1	2	3	4	5

5 Hur dags lägger Du Dig vanligen?

6 När somnar Du vanligen?

7 När vaknar Du vanligen?

8 Snarkar Du i alla kroppslägen? ja nej

9 I hur många år har Du snarkat? ____ år

10 Vad vägde Du när Du började snarka? ____ kg

11 Vad väger Du idag? ____ kg

12 Hur lång är Du? ____ cm

13 Har Du ensamt sovrum? ja nej

14 Har det uppstått sociala problem p.g.a. Ditt snarkande? ja nej

15 Om ”ja”, vad?

16 Har Din sexualfunktion försämrats? ja nej

17 Har Du sista året minskat Din aktivitet på fritiden? ja nej

18 Tycker Din familj eller omgivning att Du blivit förändrad sista året? ja nej

19 Om ”ja”, på vilket sätt?

20 Varför söker Du läkare?

Eget initiativ? ja nej

Andras initiativ? ja nej

Följande frågor skall visa hur ofta någonting förekommer.

Siffrorna betyder:

0 1 2 3 4 5
Vet ej aldrig sällan ibland ofta mycket ofta

Exempel: Hur ofta vaknar Du med huvudvärk? 0 1 (2) 3 4 5

Genom att siffran 2 ringats in har Du svarat att Du sällan vaknar med huvudvärk.

	vet ej	aldrig	sällan	ibland	ofta	mycket ofta
Hur ofta:						
21 känner Du Dig utvilad vid uppvaknandet?	0	1	2	3	4	5
22 snarkar Du?	0	1	2	3	4	5
23 snarkar Du högt och störande?	0	1	2	3	4	5

24	vaknar Du med huvudvärk?	0	1	2	3	4	5
25	kastar Du Dig av och an i sängen?	0	1	2	3	4	5
26	besväras Du av svettningar nattetid?	0	1	2	3	4	5
		vet ej	aldrig	sällan	ibland	ofta	mycket ofta
Hur ofta:							
27	vaknar Du upp hastigt därför att det känns som om Du inte kan andas?	0	1	2	3	4	5
28	somnar Du till ofrivilligt kortare tid under dagen, t.ex. vid paus i arbetet?	0	1	2	3	4	5
29	känner Du dig kraftlös, så att Du inte kan röra dig, när Du skall somna eller när Du nyss har vaknat?	0	1	2	3	4	5
30	händer det att Du kortvarigt tappar muskelkraften, t.ex. när Du blir upprörd?	0	1	2	3	4	5
31	vaknar Du för tidigt och har svårt att somna igen?	0	1	2	3	4	5
32	använder Du sömnmedicin?	0	1	2	3	4	5
33	känner Du till om Du har andningsuppehåll under sömnen?	0	1	2	3	4	5
34	Om Du har lungsjukdom? Hur ofta påverkar den Din nattsömn?	0	1	2	3	4	5
35	pratar Du i sömnen?	0	1	2	3	4	5
36	går Du i sömnen?	0	1	2	3	4	5
37	har Du ofta mardrömmar?	0	1	2	3	4	5
38	har Din familj klagat över snarkandet?	0	1	2	3	4	5
39	har Du somnat vid bilkörning?	0	1	2	3	4	5
40	har Du upplevt ofrivillig urinavgång nattetid?	0	1	2	3	4	5
41	är Du torr i munnen under natten eller morgonen	0	1	2	3	4	5
42	har Du svårt att koncentrera Dig?	0	1	2	3	4	5
43	blir Du lätt irriterad?	0	1	2	3	4	5
44	blir Du lätt aggressiv?	0	1	2	3	4	5
45	känner Du Dig deprimerad?	0	1	2	3	4	5
46	känner Du Dig ångestfylld?	0	1	2	3	4	5
47	tycker Din omgivning att Du är initiativlös?	0	1	2	3	4	5
48	får Du minnesluckor?	0	1	2	3	4	5

ESS

Personnummer: _____

Namn: _____

Dagens datum: _____

Hur troligt är det att du skulle slumra till eller somna i följande situationer, till skillnad från att bara känna dig trött? Det avser ditt vanliga levnadssätt på senaste tiden. Även om du inte gjort allt detta nyligen, så försök att komma på hur det skulle ha påverkat dig. Använd följande skala för att välja den lämpligaste siffran för varje situation.

- 0 = skulle *aldrig* slumra
- 1 = *liten* risk att slumra
- 2 = *måttlig* risk att slumra
- 3 = *stor* risk att slumra

<i>Situation</i>	<i>Risk att slumra</i>
Sitter och läser	_____
Tittar på TV	_____
Sitter överksam på allmän plats (t ex teater eller ett möte)	_____
Som passagerare i en bil i en timme utan paus	_____
Ligger ner och vilar på eftermiddagen om omständigheterna tillåter	_____
Sitter och pratar med någon	_____
Sitter stilla efter att ha ätit lunch (utan alkohol)	_____
I en bil som stannat några minuter i trafiken	_____

Tack för din medverkan