

MidState
PULMONARY

SEGUIMIENTO CLÍNICO DEL SUEÑO ■ DR. RICHARD TYSON

Nombre del paciente: _____

Gracias por visitar la clínica hoy. Responda las preguntas a continuación. Gracias.

¿Quién lo refirió a ver al Dr. Tyson? _____

¿Quién es su proveedor de atención primaria? _____

¿A qué hora sueles acostarte? _____

¿Cuánto tiempo suele tardar en conciliar el sueño? _____

¿Cuántas veces se despierta normalmente entre la hora de acostarse y levantarse de la cama por la mañana? _____

¿A qué hora sueles levantarte de la cama? _____

¿Sueles sentirte descansado cuando te levantas por la mañana? _____

¿Experimentas dolores de cabeza matutinos? _____

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH: ¿Qué tan probable es que te quedes dormido o te quedes dormido en las siguientes situaciones? **0** = nunca **1** = poca posibilidad **2** = probabilidad moderada **3** = probabilidad alta

SITUACIÓN

POSIBILIDAD DE DORMIR O DORMIR

Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Viendo la televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentado inactivo en un lugar público	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ser pasajera en un vehículo motorizado durante una hora o más	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Acostado en la tarde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentada y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentarse tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Se detuvo durante unos minutos en el tráfico mientras conducía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Puntuación total (suma las puntuaciones). Esta es su puntuación de Epworth: _____

¿Duermes la siesta? Sí No

¿Trabajas a turnos? Sí No En caso afirmativo, describa: _____

¿Fuma usted? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes / día? _____, por cuantos años _____ ?

¿Tomas bebidas con cafeína? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas por día?

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas/día? _____

¿Toma algún medicamento para **dormir** recetado o de venta libre? _____

DR. TYSON'S NOTES:

DME: Aerocare Medical Necessities Apria Other: _____ **AHI:** _____ **DL:** _____

PAP helping? _____

Changes to PMHx/SocHx/FmHx since last visit: _____

Assessment: _____

Plan: _____ Schedule: HSAT PSG Split MSLT

Driving Precautions: _____ Sleep Hygiene: _____

SCT: _____ F/U: _____