

SEGUIMIENTO CLÍNICO DEL SUEÑO

DR. JORDAN PHILLIPS

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____

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

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

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: _____

¿Ronca fuerte? Sí No

¿Le han dicho que “deja de respirar” y emite fuertes ronquidos, jadeos o sonidos de asfixia? Sí No

¿Duermes la siesta? Sí No Si es así, por cuánto tiempo _____, con qué frecuencia _____, a que hora aproximadamente _____?

¿Cuál es tu empleo? _____

¿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 Si es así, cuántas por día? _____

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

¿Utiliza medicamentos para dormir recetados o de venta libre? _____

Para uso de MD: Revisado con el paciente (inicial) _____

NOTAS DEL MÉDICO