

## VPRAŠALNIK – kontrola aparata

Ime in priimek (nalepka)

Starost: \_\_\_\_\_ let

Telefon: \_\_\_\_\_

### a. EPWORTHOVA LESTVICA ZASPANOSTI

Kolikšna je verjetnost, da bi lahko zaspali v sledečih situacijah, v nasprotju z občutkom, da ste le utrujeni? Lestvica: 0 – ni možnosti, da zaspate, 1 – majhna verjetnost, 2 – srednja verjetnost, 3 – velika verjetnost, da zaspate.

#### SITUACIJA

#### VERJETNOST, DA ZASPITE

SEDENJE IN BRANJE

\_\_\_\_\_

GLE DANJE TELEVIZIJE

\_\_\_\_\_

PASIVNO SEDENJE NA JAVNEM MESTU (npr. v gledališču, na sestanku)

\_\_\_\_\_

KOT POTNIK V AVTU V ČASU ENOURNE VOŽNJE BREZ PRESTANKA

\_\_\_\_\_

KO SE ULEŽETE H KRAJŠEMU POPOLDANSKEMU POČITKU

\_\_\_\_\_

SEDENJE IN POGOVARJANJE Z NEKOM

\_\_\_\_\_

MIRNO SEDENJE PO KOSILU (brez alkohola)

\_\_\_\_\_

KOT VOZNIK V AVTU, ČE SE ZA NEKAJ MINUT USTAVITE V PROMETU

\_\_\_\_\_

točke

\_\_\_\_\_

### b. VPRAŠALNIK O APARATU

Koliko časa uporabljate aparat CPAP? \_\_\_\_\_ let

Koliko ur na noč ga uporabljate? \_\_\_\_\_ ur Ali držite celo noč? DA NE

Katere znamke aparat imate doma? \_\_\_\_\_ Imate vlažilec? DA NE

Ali imate težave z zamašenostjo nosu, ki jih pripisujete aparatu CPAP? DA NE

Katero masko uporabljate? \_\_\_\_\_ Kako pogosto jo menjate? \_\_\_\_\_

Kako ste z njo zadovoljni? \_\_\_\_\_

Kje servisirate svoj aparat CPAP? \_\_\_\_\_ Kako ste zadovoljni s servisom? \_\_\_\_\_

Ali se vam je v času, ko uporabljate aparat CPAP, spremenila telesna teža? DA povečala za \_\_\_\_\_ kg NE

zmanjšala za \_\_\_\_\_ kg

Ali ste, odkar uporabljate aparat CPAP, kaj znižali odmerek zdravil proti pritisku? DA NE

Ali ste bili morda operirani v področju žrela/grla – operacije smrčanja? DA NE

Ali razmišljate o operaciji? DA NE

Dodatne težave, vprašanja v zvezi z motnjami dihanja v spanju, CPAP aparatom?