



# Questionario per i disturbi respiratori durante il sonno

Versione 004-2020

<b>Cognome</b>																							
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Nome</b>																							
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>via</b>																<b>n°</b>						
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--

<b>Città</b>																	
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Cellulare</b>																						
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>email</b>																									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Cognome e Nome del Medico curante

Inviato da

- Medico Curante
- Otorinolaringoiatra
- Cardiologo
- Pneumologo
- Neurologo
- Oculista
- Geriatra

Motivo della richiesta dell'esame polisonnografico

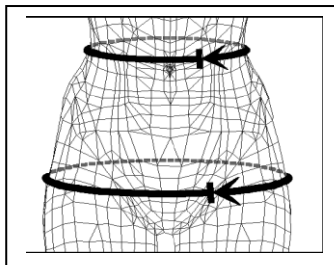
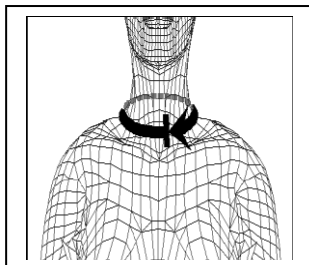
.....

<b>Data della compilazione</b>						2	0	2	
--------------------------------	--	--	--	--	--	---	---	---	--

<b>Data di nascita</b>							
------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Età (anni) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_

<b>Circonferenza (cm)</b>
Collo .....



<b>Circonferenza (cm)</b>
Vita .....
Fianchi .....

<b>Stato civile:</b>
Celibe <input type="checkbox"/>
Nubile <input type="checkbox"/>
Coniugato/a <input type="checkbox"/>
Divorziato/a <input type="checkbox"/>
Vedovo/a <input type="checkbox"/>

<b>Figli:</b>
NO <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> Numero .....
Qualcuno russa?
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> età .....
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> età .....

Occupazione attuale
.....
Occupazione precedente
.....

<b>Mai fumato</b> <input type="checkbox"/>
<b>Fumatore/trice</b> <input type="checkbox"/> Se si, quante sigarette al giorno? ..... e da quanti anni? .....
<b>Ex-fumatore/trice</b> <input type="checkbox"/> Se è un ex-fumatore, quante sigarette al giorno fumava? .....
Da quanti anni è un ex-fumatore? .....

Caffè <input type="checkbox"/> Numero di tazzine al giorno .....	Birra <input type="checkbox"/> Numero di bicchieri al giorno .....
Vino <input type="checkbox"/> Numero di bicchieri al giorno .....	Superalcolici <input type="checkbox"/> Numero di bicchieri al giorno .....

Ha avuto ricoveri in ospedale nell'ultimo anno? NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<i>se SI, specificare il motivo del ricovero .....</i>	

### Specificare se ha o ha avuto

	NO	SI	se <i>SI</i> , specificare i farmaci che utilizza <u>attualmente</u>
Ipertensione arteriosa			
Infarto del miocardio			
Ischemia miocardica			
Fibrillazione atriale			
Scompenso cardiaco cronico			
Diabete mellito			
Ipertiroidismo			
Ipotiroidismo			
Aumento del colesterolo			
Aumento dei trigliceridi			
Aumento acido urico			
Reflusso gastroesofageo			
Ernia iatale			
Rinosinusite			
Rinite allergica o nonallergica			
Asma			
Bronchite cronica/Enfisema			
Ansia			
Depressione			
Varici alle gambe			
Bruxismo (digrigna i denti)			
Glaucoma			
Pregresso TIA/Ictus			se <i>Si</i> , specificare l'anno
Pregressa Embolia Polmonare			se <i>Si</i> , specificare l'anno
<b>Ha un Pacemaker?</b>			se <i>Si</i> , specificare da quando

### Specificare se ha subito uno dei seguenti interventi chirurgici

<b>Intervento</b>	NO	SI	se <i>Si</i> , specificare l'anno
Tonsillectomia			
Setto nasale/Polipi nasali			
Rinosinusite			
Chirurgia bariatrica			
Varici arti inferiori			
PalatoFaringoPlastica			

**Ha l'abitudine di bere qualcosa subito prima di andare a letto?**

NO  se SI, acqua  altro

**Quanto tempo impiega per addormentarsi?**

meno di 5 minuti  entro 20 minuti  entro un'ora  più di un'ora

**Quante volte si sveglia mediamente per notte?**

MAI  1-3 volte  4-6 volte

**Quante volte si è svegliato/a bruscamente con la sensazione di soffocare, durante l'ultimo anno?**

MAI  occasionalmente  1 volta  2 volte  3 volte  + di 3 volte

**Quante volte mediamente, si è svegliato/a per notte per andare in bagno, durante l'ultimo anno?**

MAI  occasionalmente  1 volta  2 volte  3 volte  + di 3 volte

**Ha fatto la pipì a letto durante l'ultimo anno?**

MAI  occasionalmente  1 o più volte

**Parla o si lamenta durante il sonno?**

MAI  occasionalmente  1-2 volte per mese  più di 2 volte al mese

**Il suo coniuge o partner dorme regolarmente con lei?**

NO  In passato, ma non attualmente  SI

**Il suo coniuge o partner ha notato se, durante il sonno, la sua respirazione si interrompe per alcuni secondi?**

NO  SI

**Se ha risposto SI alla domanda precedente, quante volte per notte avviene tale interruzione?**

1-3 volte  4-6 volte  7-10 volte  più di 10 volte

**Da quanto tempo ha notato tale interruzione?**

Meno di 3 mesi  4-12 mesi  1-3 anni  più di 3 anni

**Il suo coniuge o partner si lamenta per un suo eccessivo movimento delle gambe o delle braccia durante il sonno?**

NO  SI

**Se ha risposto SI alla domanda precedente, quante volte accade questo fenomeno?**

1-5 volte la settimana  6-10 volte la settimana  più di 10 volte la settimana

**Quante volte, durante la scorsa settimana, si è svegliato/a con il mal di testa?**

MAI  1-2 volte  3-5 volte

**Ritiene che il suo sonno notturno sia soddisfacente e riposante?**

SEMPRE  4-6 notti la settimana  1-3 notti la settimana  MAI

**Quante volte si sente stanco o affaticato al mattino appena sveglia?**

SEMPRE  3-4 volte la settimana  1-2 volte la settimana  1-2 volte al mese  MAI

**Quante volte durante la giornata si sente stanco, affaticato, non in forma?**

SEMPRE  3-4 volte la settimana  1-2 volte la settimana  1-2 volte al mese  MAI

**Russa sonoramente durante il sonno?**

NO  SI

Se ha risposto SI alla domanda precedente, da quanto tempo russa sonoramente?

da più di 5 anni  da 3 anni  da 1 anno o meno

**Russa prevalentemente in una posizione particolare?**

supino  sul fianco  prono  in tutte le posizioni

**Si risveglia al mattino con la bocca asciutta?**

NO  meno di 1 volta la settimana  1-3 volte la settimana  SEMPRE

**Quante volte per notte il suo coniuge o partner si lamenta per il suo russare?**

MAI  1-2 volte  3-4 volte

**Durante il giorno, fa dei riposini, anche solo di alcuni minuti?**

MAI  1-2 volte  3-4 volte

**Quante volte si è addormentato contro la sua volontà (ad esempio mentre mangia, guida, in compagnia di amici o mentre legge) durante l'ultimo anno?**

MAI  1-2 volte  3-4 volte  più di 4 volte

**Si addormenta se è inattivo o annoiato?**

MAI  raramente  spesso

**Durante il giorno ha sonnolenza?**

NO  SI

Se ha risposto SI alla precedente domanda, ha mai avuto incidenti automobilistici?

NO  SI

**Le capita di addormentarsi mentre è alla guida?**

NO  SI

**Ha notato un cambiamento nelle sue abitudini sessuali?**

NO  non praticata  Si, è diminuita

**Se diminuita, da quanto tempo ha notato tale variazione?**

meno di 3 mesi  4-6 mesi  più di 1 anno

**Il suo peso è cambiato nell'ultimo anno?**

NO  SI, è diminuito  SI, è aumentato

Se ha risposto SI alla domanda precedente, il suo peso è variato di quanti Kg? + ..... - .....

**Ha mai notato gonfiori alle caviglie?**

NO  SI

E' o è stato in trattamento con ventilatori tipo CPAP/BiPAP/ASV?

NO

SI

Se ha risposto **SI** alla precedente domanda, da quale anno?..... per quanto tempo?.....

**Eventuali commenti od informazioni aggiuntive:**

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

## Valutazione della sonnolenza diurna

(Scala di Epworth)

**Che probabilità ha di appisolarsi od addormentarsi nelle seguenti situazioni indipendentemente dalla stanchezza?**

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo

Scegliere una risposta soltanto per ogni domanda

SITUAZIONI	non mi addormento mai	mi addormento eccezionalmente	mi addormento con facilità	mi addormento sicuramente
Seduto, leggendo un libro o un giornale	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Guardando la televisione	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Seduto inattivo in un luogo pubblico (al cinema, al teatro, ad una conferenza)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Seduto come passeggero in un'automobile o in treno in viaggio da almeno 1 ora senza sosta	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Sdraiato a riposare durante il pomeriggio	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Seduto, mentre parla con qualcuno	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Seduto tranquillamente dopo un pasto, senza eccessi alcolici	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Alla guida di un'automobile bloccato nel traffico	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Punteggio totale</b>				

## Fatigue Assesement Scale (FAS)

Michielsen HJ et al - J Psychosom Res 54:345-352;2003

Scegliere una risposta soltanto per ogni domanda

	<b>SITUAZIONI</b>	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Regolarmente</b>	<b>Spesso</b>	<b>Sempre</b>
1	<b>Sono preoccupato dalla fatica</b>	1	2	3	4	5
2	<b>Mi stanco molto presto</b>	1	2	3	4	5
3	<b>Non riesco a fare molto durante la giornata</b>	1	2	3	4	5
4	<b>Ho abbastanza energia per la vita quotidiana</b>	1	2	3	4	5
5	<b>Fisicamente mi sento esausto</b>	1	2	3	4	5
6	<b>Ho difficoltà nell'iniziare le cose</b>	1	2	3	4	5
7	<b>Ho difficoltà nel pensare con chiarezza</b>	1	2	3	4	5
8	<b>Ho voglia di non fare niente</b>	1	2	3	4	5
9	<b>Mentalmente mi sento esausto</b>	1	2	3	4	5
10	<b>Quando sto facendo qualcosa riesco a concentrarmi bene</b>	1	2	3	4	5



## Insomnia Severity Index (ISI)

Morin CM. Insomnia: psychological assessment and management. NY Guilford Press - 1993

Scegliere una risposta soltanto per ogni domanda

		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	<b>Valuti la gravità attuale (nelle ultime 2 settimane) dei suoi problemi d'insonnia</b>					
	a) Difficoltà ad addormentarsi	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
	b) Difficoltà a restare addormentato	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
	c) Risveglio troppo precoce	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
2	<b>Quanto si sente soddisfatto/insoddisfatto del suo sonno attuale?</b>	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto né insoddisfatto	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
3	<b>In quale misura ritiene che il problema di insonnia interferisca con la sua efficienza diurna (esempio, affaticamento diurno, capacità di svolgere lavori/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore, ecc.)?</b>	Per nulla	Un pò	Abbastanza	Molto	Moltissimo
4	<b>Quanto pensa che il suo problema di insonnia sia evidente agli altri in termini di peggioramento della qualità della sua vita?</b>	Per nulla	Un pò	Abbastanza	Molto	Moltissimo
5	<b>Quanto si sente preoccupato/stressato a causa del suo attuale problema di insonnia?</b>	Per nulla	Un pò	Abbastanza	Molto	Moltissimo

*Punteggio ottenuto*

(Valore soglia 15)

## SCALA CLINICA DELL'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE - HADS

Zigmond A.S. et al. - The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scand. 67: 361-370, 1983

Mettere la risposta con il segno X in questa colonna

<b>1. Si sente agitato e teso....</b>	<b>A</b>
a) <i>Quasi sempre</i>	3
b) <i>Spesso</i>	2
c) <i>Ogni tanto</i>	1
d) <i>Mai</i>	0
<b>2. Le cose che le piacevano una volta le piacciono ancora....</b>	<b>D</b>
a) <i>Come prima</i>	0
b) <i>Meno di prima</i>	1
c) <i>Molto poco</i>	2
d) <i>Quasi per nulla</i>	3
<b>3. Le capita di avvertire come un senso di paura, come se stesse accadendo qualcosa di terribile.....</b>	<b>A</b>
a) <i>Si, molto forte</i>	3
b) <i>A volte, ma non in modo oppressivo</i>	2
c) <i>Di rado</i>	1
d) <i>Mai</i>	0
<b>4. Riesce a ridere e ad accorgersi del lato comico delle cose....</b>	<b>D</b>
a) <i>Come ha sempre fatto</i>	0
b) <i>Un po' meno di prima</i>	1
c) <i>Indubbiamente molto meno di prima</i>	2
d) <i>No, affatto</i>	3
<b>5. Le capita che le passino per la mente dei pensieri preoccupanti...</b>	<b>A</b>
a) <i>Molto spesso</i>	3
b) <i>Spesso</i>	2
c) <i>A volte, non troppo spesso</i>	1
d) <i>Solo ogni tanto</i>	0
<b>6. Le capita di sentirsi allegro....</b>	<b>D</b>
a) <i>Mai</i>	3
b) <i>Qualche volta</i>	2
c) <i>Abbastanza spesso</i>	1
d) <i>Quasi sempre</i>	0
<b>7. Quando si siede si sente rilassato...</b>	<b>A</b>
a) <i>Si, certo</i>	0
b) <i>Di solito</i>	1
c) <i>Non capita spesso</i>	2
d) <i>No, affatto</i>	3
<b>8. Quando fa qualcosa si sente fiacco....</b>	<b>D</b>
a) <i>Quasi sempre</i>	3
b) <i>Molto spesso</i>	2
c) <i>Qualche volta</i>	1
d) <i>No, affatto</i>	0

Mettere la risposta con il segno X in questa colonna

<p><b>9. Le capita di provare un sentimento di apprensione, come se avesse lo stomaco in subbuglio...</b></p> <p>a) <i>Niente affatto</i></p> <p>b) <i>Qualche volta</i></p> <p>c) <i>Abbastanza spesso</i></p> <p>d) <i>Molto spesso</i></p>	<p><b>A</b></p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><b>10. Del suo aspetto fisico, se ne cura ancora....</b></p> <p>a) <i>Si, quanto prima</i></p> <p>b) <i>Forse se ne cura di meno</i></p> <p>c) <i>Non abbastanza</i></p> <p>d) <i>Indubbiamente poco</i></p>	<p><b>D</b></p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><b>11. Le capita di sentirsi irrequieto, come se dovesse stare sempre in movimento....</b></p> <p>a) <i>Si, molto spesso</i></p> <p>b) <i>Si, abbastanza</i></p> <p>c) <i>No, non particolarmente</i></p> <p>d) <i>Assolutamente no</i></p>	<p><b>A</b></p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><b>12. Le capita di non vedere l'ora di fare cose nuove....</b></p> <p>a) <i>Si, come prima</i></p> <p>b) <i>Si, ma meno di prima</i></p> <p>c) <i>Molto meno di prima</i></p> <p>d) <i>Per niente</i></p>	<p><b>D</b></p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><b>13. Le capita di provare improvvisamente come un sentimento di panico...</b></p> <p>a) <i>Molto spesso</i></p> <p>b) <i>Abbastanza spesso</i></p> <p>c) <i>Non molto spesso</i></p> <p>d) <i>No, mai</i></p>	<p><b>A</b></p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><b>14. Leggere un bel libro, o guardare una bella trasmissione TV, le da piacere...</b></p> <p>a) <i>Si, capita spesso</i></p> <p>b) <i>Si, abbastanza spesso</i></p> <p>c) <i>Qualche volta</i></p> <p>d) <i>Molto raramente</i></p>	<p><b>D</b></p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

<i>Punteggio ottenuto</i>					
Valore soglia 8-10	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td><b>ANSIA</b></td> <td><b>/21</b></td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td><b>DEPRESSIONE</b></td> <td><b>/21</b></td> </tr> </table>	<b>ANSIA</b>	<b>/21</b>	<b>DEPRESSIONE</b>	<b>/21</b>
<b>ANSIA</b>	<b>/21</b>				
<b>DEPRESSIONE</b>	<b>/21</b>				

**Attenzione: questa sezione verrà completata dal personale sanitario**

### Classificazione di Mallampati/Friedman

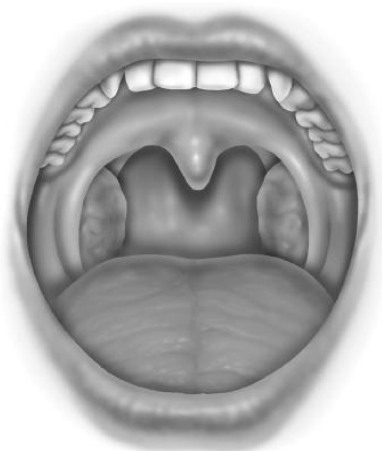


Fig 1. Friedman Palate Position I allows visualization of the entire uvula and tonsils/pillars.



Fig 2. Friedman Palate Position II allows visualization of the uvula but not the tonsils.



Fig 3. Friedman Palate Position III allows visualization of the soft palate but not the uvula.

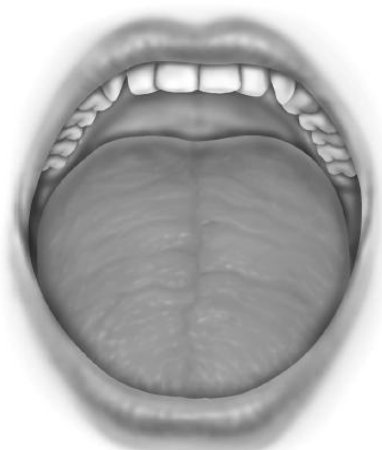
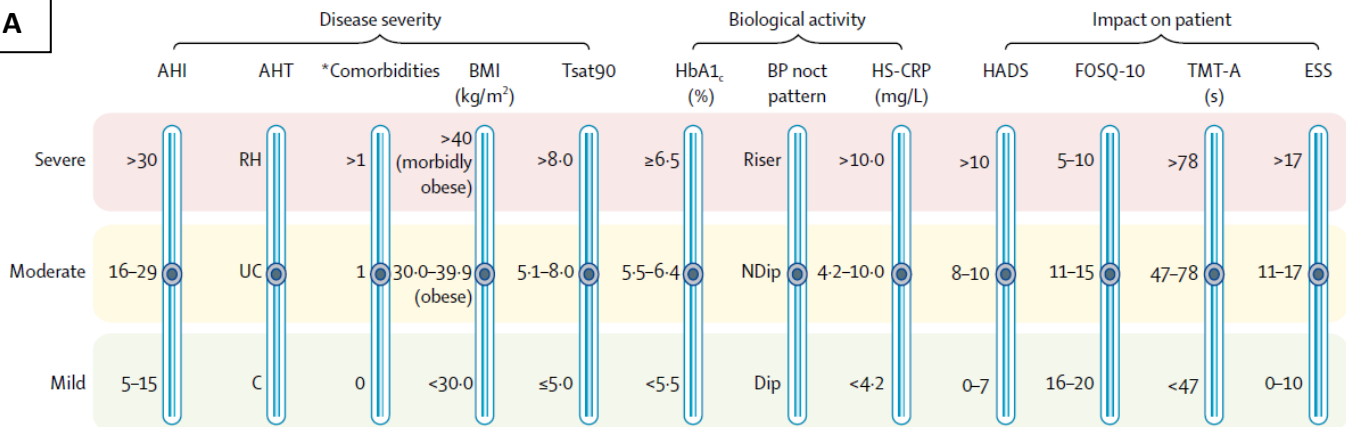


Fig 4. Friedman Palate Position IV allows visualization of the hard palate only.

Verificato da: .....

**A**



**B**

