

FORMULARZ DLA PACJENTA

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Płeć:

Waga (kg):

Wzrost (cm):

Obwód szyi (cm)*:

Główna przyczyna konsultacji:

*Mierzy się centymetrem ułożonym przy nasadzie szyi tak, aby jej nie uciskał.

JAKOŚĆ SNU

- | | W dni robocze | W dni wolne od pracy |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. O której godzinie zazwyczaj kładzie się Pan(i) spać? | ..... | ..... |
| 2. O której godzinie zazwyczaj wstaje Pan(i) z łóżka (w znaczeniu opuszczenia łóżka)? | ..... | ..... |
| 3. Ile godzin na dobę przesypia Pan(i) średnio w ciągu ostatnich 2 tygodni? | ..... | ..... |
| 4. Ile mniej więcej czasu potrzebuje Pan(i) na zaśnięcie wieczorem? | ..... | ..... |
| 5. Ile razy wybudza się Pan(i) w trakcie nocy? | ..... | ..... |
| 6. Jeśli zdarzają się wybudzenia – ile czasu potrzebuje Pan(i) na ponowne zaśnięcie? | ..... | ..... |
| 7. Czy robi Pan(i) drzemki w trakcie dnia? Jeśli tak – proszę określić ile czasu trwa przeciętna drzemka w ciągu dnia: | ..... |  |
| 8. Czy ma Pan(i) regularne godziny pracy? | ☐ tak | ☐ nie |
| 9. Czy zażywa Pan(i) jakiegokolwiek środków ułatwiających zasypianie? | ☐ tak | ☐ nie |

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość (ile razy dziennie)

10. Proszę wybrać określenie najlepiej opisujące Pana(i) sytuację/odczucia:

Jak szybko zasypiasz po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła?

- | | |
|--|--|
| ☐ szybko | ☐ z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc |
| ☐ z nieznacznym opóźnieniem | |
| ☐ z opóźnieniem | |

Czy budzisz się w nocy?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ nie | ☐ często |
| ☐ sporadycznie | ☐ bardzo często lub bezsenność trwa całą noc |

Czy budzisz się rano wcześniej niż planowano?

- | | |
|--|--|
| ☐ nie | ☐ znacznie wcześniej |
| ☐ nieznacznie wcześniej | ☐ dużo wcześniej lub bezsenność trwa całą noc |

Jaki jest całkowity czas Twojego snu?

- | | |
|---|---|
| ☐ wystarczający | ☐ całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc |
| ☐ nieznacznie niewystarczający | |
| ☐ wyraźnie niewystarczający | |

Jak oceniasz jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania?

- | | |
|---|--|
| ☐ satysfakcjonująca | ☐ wyraźnie niesatysfakcjonująca |
| ☐ nieznacznie niesatysfakcjonująca | ☐ całkowicie niesatysfakcjonująca |

Jakie jest Twoje samopoczucie następnego dnia?

- | | |
|---|--|
| ☐ dobre | ☐ wyraźnie gorsze |
| ☐ nieznacznie gorsze | ☐ wybitnie gorsze |

Jaka jest Twoja sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia?

- | | |
|--|---|
| ☐ niezaburzona | ☐ wyraźnie zaburzona |
| ☐ nieznacznie zaburzona | ☐ wybitnie zaburzona |

Czy odczuwasz senność w ciągu dnia?

- | | |
|--|--|
| ☐ nie | ☐ bardzo nasiloną |
| ☐ nieznacznie wyraźną | |

11. Czy obserwuje Pan(i) takie objawy jak:

- | | |
|--|--|
| ☐ mówienie przez sen | ☐ wybudzenia z lękiem |
| ☐ gwałtowne ruchy przez sen | ☐ jedzenie w nocy |
| ☐ lunatykowanie | ☐ moczenie nocne |
| ☐ drętwienie, mrowienie kończyn podczas leżenia w łóżku | ☐ halucynacje przy zasypianiu |
| ☐ nagłe zasypianie w ciągu dnia | ☐ halucynacje przy wybudzaniu |
| ☐ koszmary senne | ☐ chrapanie |
| | ☐ chwilowe przerwy w oddychaniu |

STYL ŻYCIA

12. Czy uprawia Pan(i) aktywność fizyczną? Jeśli tak, proszę określić:

☐ tak

☐ nie

– Rodzaj wysiłku:

– Godzinę zakończenia aktywności:

13. Ile posiłków spożywa Pan(i) w ciągu dnia?

14. Proszę podać orientacyjne godziny spożywania posiłków:

15. Czy pije Pan(i) kawę? Jeśli tak, proszę określić:

☐ tak

☐ nie

– Ilość kaw wypijanych dziennie:

– Godzinę wypijania ostatniej kawy:

16. Czy pije Pan(i) czarną herbatę? Jeśli tak, proszę określić:

☐ tak

☐ nie

– Ilość wypijanych herbat dziennie:

– Godzinę wypijania ostatniej herbaty:

17. Czy pije Pan(i) napoje energetyczne? Jeśli tak, proszę określić:

☐ tak

☐ nie

– Ilość wypijanych napojów dziennie:

– Godzinę wypijania ostatniego napoju energetycznego:

18. Czy pali Pan(i) papierosy? Jeśli tak, proszę określić:

☐ tak

☐ nie

– Liczba wypalanych papierosów dziennie:

– Godzinę ostatniego wypalanego papierosa:

19. Czy pije Pan(i) napoje alkoholowe? Jeśli tak, proszę określić:

☐ rzadziej niż raz w miesiącu

☐ 3-4 razy w tygodniu

☐ 2-3 razy w miesiącu

☐ codziennie

☐ 1-2 razy w tygodniu

Proszę wskazać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu:

Rodzaj alkoholu	Ilość	Dziennie/tygodniowo/miesięcznie/rocznie

OGÓLNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA PACJENTA

(Proszę wypełnić, jeśli nie jest Pan(i) Pacjentem LUX MED)

20. Czy leczy się Pan(i) na wskazane choroby przewlekłe:

– Astma

☐ tak

☐ nie

– Nadciśnienie tętnicze

☐ tak

☐ nie

– Cukrzyca

☐ tak

☐ nie

– Inne (jakie?):

21. Czy cierpi Pan(i) na alergie pokarmowe lub nietolerancje? Jeśli tak, proszę wpisać rodzaj i szczegóły:

☐ tak

☐ nie

22. Czy w Pana(i) rodzinie występowały:

– Choroby psychiczne

☐ tak

☐ nie

– Choroby neurologiczne

☐ tak

☐ nie

– Choroby nowotworowe

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, proszę wpisać rodzaj choroby i pokrewieństwo:

23. Czy wystąpiły u Pana(i) kiedykolwiek:

– Uraz głowy, po którym nastąpiła utrata przytomności

☐ tak

☐ nie

– Napady padaczkowe

☐ tak

☐ nie

– Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

☐ tak

☐ nie

– Reakcje uczuleniowe na leki

☐ tak

☐ nie

HISTORIA LECZENIA

24. Czy kiedykolwiek leczył(a) się Pan(i) u lekarza psychiatry? Jeśli tak, proszę podać:

☐ tak

☐ nie

– Przyczynę leczenia:

– Okres leczenia:

– Przyjmowane leki:

25. Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek wykonany zabieg operacyjny? Jeśli tak, proszę opisać kiedy odbył się zabieg i czego dotyczył:

☐ tak

☐ nie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZYJMOWANE LEKI

26. Czy przyjmuje Pan(i) na co dzień leki lub suplementy diety, poza lekami na sen, które zostały wymienione przez Pana(nią) w punkcie 8? Jeśli tak, proszę podać nazwę i częstotliwość zażywania:

☐ tak

☐ nie

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość (ile razy dziennie)