



Brian W. Smith, MD
Paul J. Walting, MD
Rani U. Athreya, MD
Wendy A. Chabot, MD
George F. Howard III, MD (emeritus)

Catherine Burbank, NP
Jacqueline Lichtenstein, PA-C
Chandranni Quiñones n, PA-C
Chris-Ann Little, CRT, RPSGT

170 University Drive
Suite 201
Amherst, MA 01002
Phone 413-253-2767

3640 Main Street
Suite 208
Springfield, MA 01107
Fax 413-253-9767

CPAP/BPAP/ASV Cuestionario de tratamiento

Nombre:

Fecha:

Por favor diganos de su situacion desde su ultima visita aqui. Circula segun corresponda.

1. Usted utiliza:
 - CPAP
 - BIPAP
 - ASV
 - Otra / No lo se
2. Que tipo de mascara usas?
 - Mascara nasal
 - Mascara completa
 - Almohadillas nasales
3. Que Compañia te dio su equipaje?
 - Sleep Medicine Services (esta officina)
 - Lincare
 - Baystate Home Infusion and Respiratory Services
 - Sleep Management Solutions
 - Apria
 - J&L
 - Life Supply
4. Tienes algun problema con su tratamiento?
 - Irritacion de la piel (nariz, cachetes, otro)
 - Gotear
 - Mascara muy apretada
 - Correas sueltas o incomodas
 - Condensacion en la tuberia
 - Maquina hace mucho ruido
 - Demasiada pression
 - Poca pression
 - No puedes exhalar facilmente
 - Aire demasiado seco
 - Aire demasiado frio
5. Con que frecuencia esta usando la maquina?
 - Todas las noches, o casi todas las noches
 - Varias noches por semana
 - Un par de noches por semana
 - De vez en cuando
 - Nunca recientemente
6. Que te molesta cuando estas durmiendo regularmente?
 - Ruido en el hogar
 - Demasiado luz
 - Demasiado calor o frio
 - Mas de un viaje al baño
 - Sudor / sudando
 - Dolor
 - Piernas inquietas
 - Sin descanso en general
 - Compañero de cama
 - Niños
 - Animales domesticos
 - Los sueños
 - Estress durante el dia
7. Como se siente durante el dia?
 - Alerta/o y lleno de energia en general
 - Cansado mas a menudo
 - Mas fatiga que cansado
 - Incapaz de funcionar

Continua en el reverso.

8. En las siguientes situaciones cual es la probabilidad de que se duerma? (Utiliza la escala 0-3 a continuacion .)

SITUACION	POSSIBILIDAD DE QUEDARSE DORMIDO
Al estar sentado y leyendo	
Viendo la television	
Sentado inactivo en un lugar publico (e.g en el teatro o en una reunion de trabajo)	
Cuando estas conduciendo un auto durante una hora sin interrupcion	
Acostarse a descansar al medio dia cuando las circunstancias lo permitan	
Sentado y hablando con algien	
Sentado tranquilamente despues de un almuerzo sin alcohol	
Sentado en un auto parrado en traffico por poco tiempo	
Resultado Total	

0 = no hay posibilidad que te duermas
1 = pequeña posibilidad que te duermas
2 = moderadamente hay posibilidad que te duermas
3 = alta probabilidad de quedarse dormido

9. Te sientes suficientemente alerta/a para conducir con seguridad?

- Si
- Inseguro/a
- No

10. Tu peso aumento o a disminuido?

- Sin cambio
- Aumento
- Baje de peso

11. Cuanto ejercicio haces?

- Ejercicio de rutina diaria
- Caminar una milla o mas por lo menos 3 veces al dia
- Correr o similar por lo menos 30 minutos 3 veces por semana
- Mas de la lista anterior

12. Cuanta cafeina usas?

- Ninguna
- 1-2 bebidas diario
- 3-4 bebidas diario
- 5 o mas bebidas diario

13. Cuanto alcohol consumes?

- Ningun
- Unas bebidas por semana
- 1-2 bebidas diarias
- ≥3 bebidas diaria

14. Sintomas recientes o problemas medicos?

- Infarto
- Problemas de ritmo cardiaco
- Ataque cerebral
- Hospitalizacion
- Accidente automovilistico
- Heridas
- Dolor de cabeza frecuente
- Falta de respiracion
- Dolor de pecho
- Congestion nasal
- Tos
- Otro: _____

15. Algun cambio en sus medicamentos?

- No
- Si: _____