

Inventario del sueño

1. Usualmente voy a la cama alrededor de _____ y despierto durante el día a las ____
 2. Tardo unos ____ minutos para dromirme. Por lo general se despierta ____ veces por noche
 3. Me despierto por la noche debido a la a) usar el baño b) ronquido/respiración parada c) preocupación/ansiedad d) movimientos de las piernas
 4. Si me despierto durante la noche por lo general me lleva__ minutos volver a dormirse
 5. Mi compañero de cama me dice que duante la noche a) roncar/dejar de respirar b) mover las piernas
 6. Cuántos años a) de roncar?__ B) suspensión de la respiración durante el Sueño?__
 7. Cuando me estoy quedando dormido o al despertar me han no han escuchado o visto a alguien en el cuarto que no estaba allí
 8. Si No he tenido la experiencia de ser paralizado por la mañana cuando me despertaba
 9. Durante los episodios cuando estoy emocionalmente excitado mi cuerpo se ha ido sin fuerzas
 10. Si No he tenido la experiencia frecuentemente de síntomas de inquietud en las piernas ante de dormir
 11. Yo normalmente me echo __ siestas por día
 12. Tomo __ bebidas con cafeína por día, mi última bebida con cafeína es a las _____ am/pm
 13. Yo promedio __ bebidas alcohólica por lo general a las ____ am/pm
 14. Durante el ultimo año he ganado/perdido ____ libras
- Altura: ____ Peso: ____ Estado civil: soltero, casado/asociado, divorciado, viudo
Número de niños?__ Su ocupación_____
- El consumo de tabaco: nunca, lo deje de hacer __ años, paquetes de cigarillos por día
¿Alguien en su familia tiene un trastorno del sueño? ¿Quien? _____Apnea obstructive del sueño? Insomnio:? Piernas inquietas? ¿Otros? _____

Enumere los medicamentos que toma con la dosis y la frecuencia:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergia a medicamentos: _____

Problemas/enfermedades medicinas actuales _____

Por favor, calcule la probabilidad de que sería para quedarse dormido o dormir en cada uno de los siguientes escenarios:

0= bybca dirnutar 1=probabilidad de dormirse 2= moderada posibilidad de dormirse 3= alta probabilidad de dormirse

Situación durante el día	Oportunidad de dormirse
Estar y de lectura	
Sentado, inactivo en un lugar public)teatro/reunion)	
Acostada en la tarde, cuando las circunstancias lo permitan	
Pasajero en un coche durante una hora sin interrupción	
Sentado y hablando con alguien	
Sentado en silencio despues del almuerzo (sin alcohol)	
En un coche, se detuvo durante unos minutos en el tráfico	
Ver la televisión	
TOTAL	/24

Círculo los síntomas que son nuevos o que se han producido en el ultimo mes por favor

Fiebre, escalofríos perdida de peso, fatiga

Empeoramiento de la vista del ojo, perdida de vision doble, dolor de/detrás de los ojos, lagrimeo excesivo, sequedad del los ojos

Problemas de audición, zumbidos en los oídos, dolor o sensación de llenura en los oídos, persisten la obstucción de los fosas nasales, dolor de garganta persistente, drenaje de liquido claro de una oreja o la nariz

Dificultad para masticar o tragar, dolor al tragar, dolor abdominal, dirrea, estreñimiento, cambios recientes en los hábitos intestinales, heces de color negro/con sangre

Micción excesiva, perdida del control urinario, orinar recurrente en la noche, dolor al orinar, cambios en la function sexual

Dolores de cabeza matutinos, lesion en la cabeza, convulsions/desmayos, entumecimiento u hormigueo, alteraciones, del habla, perdida de olvido/memoria, Dolores musculares/dolor en las articulaciones, debilidad/contracción de los músculos, problemas de equilibrio, el cuello/espalda, picazón persistente, cambios en el color de la peil, inusual la perdida del cabello, secreción de los pezones, bulto en el pecho

Sentimientos de depresión o ansiedad, escuchar voces o ver imágenes, pensamientos de hacerse daño a sí mismo oa otras personas

Intolerancia a temperaturas altas o bajas, cambios en el apetito, dificultad para el control de peso, crecimiento de las manos o los pies, sed inusual, el aumento del consume de líquidos

Moretones, sangrado de las encías, inflamación de las extremidades, sangrado excesivo por cortes, bultos en el cuello, las axilas o la ingle, sensibilidad inusual a los alimentos o sustancias, urticaria, hinchazón de los labios o la lengua

Mujeres: de cambio en la menstruación

Hombres: nudo en testículo