

استبيان خناق النوم (ستوب – بانك)

لا	نعم	
		هل تعاني من الشخير
		هل تشعر بالتعب والإرهاق أو النعاس أثناء النهار؟
		هل لاحظ أحد توقف تنفسك أثناء النوم؟
		هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟
		هل كتلة جسمك أكبر من 35 كجم / م ² ؟
		هل عمرك أكبر من 50 سنة؟
		هل مفاص عنقك: للسيدات: 16 بوصة (41 سم) أو أكبر؟ للرجال: 17 بوصة (43 سم) أو أكبر؟
أنثى	ذكر	الجنس
Interpretation: Risk for obstructive sleep apnea: <input type="radio"/> High <input type="radio"/> Intermediate <input type="radio"/> Low		Interpretation: Low risk: Yes to 0-2 questions Intermediate risk: Yes to 3-4 questions High risk: Yes to 5-8 questions or Yes to 2 or more of 4 STOP questions + male gender or Yes to 2 or more of 4 STOP questions + BMI > 35 kg/m ² or Yes to 2 or more of 4 STOP questions + neck circumference (17"/43cm in male, 16"/41cm in female)

استبيان قياس حركة الأرجل عند النوم:

الأسئلة التالية تتعلق بحالة رجليك عند النوم خلال الشهر الماضي فقط. يجب أن تكون إجابتك دقيقة:

لا	نعم	هل شعرت بما يلي:
		إحساس غريب أو مزعج في الأرجل يجعلك ترغب في تحريك الأرجل؟
		هل تزداد الرغبة في تحريك الأرجل أو الشعور بهذا الإحساس الغريب أثناء فترات الراحة أو عدم الحركة مثل الاستلقاء أو الجلوس؟
		هل يتحسن هذا الإحساس عندما تقوم بتحريك الرجل، عند المشي أو تغيير الوضع؟
		هل يزداد هذا الإحساس سوءاً في الليل؟
		هل هذه الأعراض سببت لك اضطراباً في النوم / قلقاً / ضغطاً نفسياً / إجهاداً بدنياً أو قصوراً في التفكير؟
		هل يوجد أحد في العائلة يعاني من مثل هذه الأعراض؟
*Interpretation:		Restless Legs Syndrome: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

- هل تستيقظ أحياناً وأنت غير قادر على تحريك الأطراف والكلام وتستطيع تحريك العينين فقط؟
 كل ليلة أحياناً إطلاقاً
- هل تشعر بضعف خصوصاً في الركبتين عندما تنتابك مشاعر قوية كالضحك أو الغضب؟
 كل ليلة أحياناً إطلاقاً
- هل بإمكانك التنفس من خلال أنفك بشكل جيد؟
 نعم لا
- كم كوباً من القهوة / الشاي / مشروبات غازية / تتناول يومياً؟

هل قام طبيب بتشخيصك بما يلي من قبل:

لا	نعم	التشخيص
		داء الانسداد الرئوي المزمن COPD
		التهاب الشعب الهوائية المزمن أو حساسية الصدر (الربو)
		التهاب غشاء الأنف المخاطي الناتج عن الحساسية (ALLERGIC RHINITIS)
		تضييق أو تصلب شرايين القلب / الذبحة الصدرية
		ارتفاع ضغط الدم
		عدم انتظام نبضات القلب
		قصور في عضلة القلب
		الجلطة الدماغية
		مرض السكري
		قصور الغدة الدرقية
		أخرى:

هل تتناول أي عقاقير طبية؟ الرجاء سرد العقاقير التي تقوم بتناولها بشكل منتظم:

اسم الدواء	الجرعة (العيار)	السبب	منذ متى؟

Physical Exam

Height	_____	Mallampati Score	_____
Weight	_____	BP	_____
B.M.I	_____	Epworth Score (Degree of Sleepiness)	_____
Neck Circumference	_____	STOP BANG Score (Risk for Sleep apnea)	_____

Comment:

Impression:

Plan:

Physician Name: _____

Consultant Name: _____

Signature: _____

Signature: _____

Date: _____