

## استبيان عيادة النوم

### المعلومات الشخصية:

الاسم:	العمر/ تاريخ الميلاد:	الجنس:
الحالة الاجتماعية:	الجنسية:	رقم الملف:
العنوان:	الجوال:	الهاتف:
البريد الإلكتروني:	المهنة:	ساعات الدوام:
هل يتضمن عملك مناوبات؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا عنوان العمل:		
الطبيب المحول:		الجهة المحولة (المستشفى):

### الشكوى الرئيسية:

- الأسئلة التالية تتعلق بعادات نومك المعتاده خلال الشهر الماضي فقط. يجب أن تكون إجابتك دقيقة وشاملة لغالبية الأيام والليالي في الشهر الماضي. الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة.

- 1- متى كان موعد ذهابك إلى السرير في الليل عادة؟
- 2- كم كنت تستغرق من الوقت لتنام فعلياً (بالدقائق)؟
- 3- متى كان موعد استيقاظك في الصباح عادة؟
- 4- كم ساعة كنت تقضى في النوم الفعلي بالليلة عادة؟
- 5- كم مرة كان استيقاظك من نومك مصحوباً بخفقان في القلب؟
- 6- كم مرة كان استيقاظك من نومك مصحوباً باختناق أو طعم حمضي؟
- 7- كم مرة كان استيقاظك من نومك مصحوباً بالألم في الصدر؟
- 8- كم مرة كان استيقاظك من نومك مصحوباً بصعوبة في التنفس؟

- إذا كان يوجد لديك شريك / شريكة في غرفة النوم قم بسؤاله / بسؤالها عن عدد المرات التي حصلت فيها المواقف التالية خلال الشهر الماضي:

لم يحدث في الشهر الماضي	أقل من مرة في الأسبوع	مرة إلى مرتان في الأسبوع	ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع
أ- الشخير بصوات عال			
ب- انقطاع في التنفس أثناء نومك			
ت- ارتعاش أو انقباض في الرجل أو الساق			
ث- وجود فترات من الارتباك أو التشوش الذهني خلال النوم			
ج- هل يوجد أي أسباب أخرى لعدم راحته خلال نومه بجانبك، الرجاء التوضيح:			
ح- كم مرة تم حدوث ذلك السبب في الشهر الماضي؟			

### استبيان قياس درجة النعاس أثناء النهار:

- ما مدى احتمالية أن يغلبك النعاس (وليس مجرد الإحساس بالإرهاق) في المواقف التالية؟ هذا السؤال يعكس حالتك في أيامك العادية.

الموقف	احتمالية أن يغلبك النوم			
	إطلاقاً 0	احتمال ضعيف 1	احتمال متوسط 2	احتمال قوى 3
أثناء القراءة				
أثناء مشاهدة التلفاز				
أثناء الجلوس من غير حركة في مكان عام (محاضرة مثلاً)				
عندما تكون ركبياً (وليس سائقاً) في رحلة طويلة				
أثناء الاستلقاء للراحة وقت الظهيرة				
أثناء حديثك مع شخص ما				
أثناء الجلوس بهدوء بعد تناول وجبة الغداء				
أثناء زحمة سير أو التوقف عند إشارة مرور				
Total: ____ /24		Interpretation: Excessive Daytime Sleepiness: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		

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 <sup>2</sup> ؟
		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
<b>Interpretation:</b> Risk for obstructive sleep apnea: <input type="radio"/> High <input type="radio"/> Intermediate <input type="radio"/> Low		<b>Interpretation:</b> 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 <sup>2</sup> 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: \_\_\_\_\_