



Da du er henvist til Søvnklinikken med henblik på undersøgelse for snorken og mulige vejrtrækningspauser under søvnen, beder vi dig venligst udfylde dette skema.

Cpr.nummer.:	[Pt_cpr]
Navn:	[Pt_Navn]
Telefon-/mobilnummer:	
Evt. tlf. arb.:	
Ægtefælles/samlevers navn:	
Ægtefælles/samlevers telefon-/mobilnummer:	
Evt. anden kontakt pårørendes navn:	
Evt. anden kontakt pårørende telefon-/mobilnummer:	

ALLERGI OG OVERFØLSOMHED

Er du allergisk eller overfølsom overfor lægemidler eller andet?

Ja

Nej

Hvad er du overfølsom overfor?

Medicin, hvad:

Fødevarer, hvad:

Husstøvmider

Hvepsestik

Plaster

Nikkel

Andet, hvad:

Hvad er det største problem i forhold til din søvn (fx snorken, dårlig søvnkvalitet, begge dele, træthed, andet)?

EPWORTH SØVNIGHEDSSKALA

Hvor sandsynligt er det, at du ville blunde eller falde i søvn (i modsætning til blot at du føler dig træt) i nedenstående situationer?:

Benyt følgende skala:

0 = Ville **aldrig** blunde/falde i søvn

1 = **Lille** sandsynlighed for, at jeg ville blunde/falde i søvn.

2 = **Moderat** sandsynlighed for, at jeg ville blunde/falde i søvn.

3 = **Stor** sandsynlighed for, at jeg ville blunde/falde i søvn.

Situation:

	Sandsynligheden for at blunde/falde i søvn			
	0	1	2	3
Sidder og læser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder passivt et offentligt sted (f.eks. til et møde, teatret)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som passagerer i en bil i 1 time uden pause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligger for at hvile om eftermiddagen, når situationen tillader det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder og taler med nogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder roligt efter en frokost uden indtagelse af alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder i en bil mens den holder stille nogle få minutter i trafikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epworth søvnighedsskale samlet score:

0

SØVN**Snorker du?**

- Ja
- Nej

Bliver du selv vækket af din snorken?

- Ja
- Nej

Har du pauser i vejrtrækningen under søvn (andres observationer)?

- Ja
- Nej

Hvor mange gange vågner du om natten, hvor du bliver liggende i sengen?

Ligger du uroligt om natten?

- Ja
- Nej

Har du mareridt eller livlige drømme?

- Ja
- Nej

Må du op og lade vandet om natten?

- Ja
- Nej

Hvor mange gange er du oppe om natten (Fx toiletbesøg, spiser, ryger mv.)?

Sveder du om natten?

- Ja
- Nej

Er du træt om dagen?

- Ja
- Nej

Har du morgenhovedpine?

- Ja
- Nej

Hvor ofte har du morgenhovedpine?

Beskriv hovedpinen

- Trykkende
- Halvsidig
- Dunkende
- Andet

Har du skifteholdsarbejde eller lignende som medfører uregelmæssige sovevaner?

Sengetider

Noter dine sengetider

Sengetider

Hvornår står du op?

Hvornår går du i seng?

Er du udhvilet om morgenen?

- Ja
- Nej

Sover du i løbet af dagstimerne?

- Ja
- Nej

Har du koncentrationsbesvær?

- Ja
- Nej

Har du hukommelsesbesvær?

- Ja
- Nej

Har du uro/kramper i benene når du skal sove/eller vågner du af det?

- Ja
- Nej

Beskriv dine symptomer

Fejler du andet udover din snorken/søvnforstyrrelse?

- Ja
- Nej

DIT HELBRED I ØVRIGT

Har du tidligere haft blodprop?

- Ja
- Nej

Hvor sad blodproppen?

Hvornår havde du en blodprop?

Har du pacemaker?

- Ja
- Nej

Har du fået ballonudvidelse i hjertet, indsat en stent eller anden hjerteoperation?

- Ja
- Nej

Er du i behandling for forhøjet blodtryk?

- Ja
- Nej

Lider du af luftvejs-/vejrtrækningsproblemer ex. KOL, bronkitis eller astma eller andet?

- Ja
- Nej

Hvilken type?

- Astma
- Bronkitis
- Kol
- Andet, hvad?

Har du eller har du haft epilepsi eller krampeanfald?

- Ja
- Nej

Har du sukkersyge?

- Ja
- Nej

Er du i behandling for stofskiftelidelser?

- Ja
- Nej

Er du i behandling for depression?

- Ja
- Nej

Har du problemer med at trække vejret gennem næsen?

- Ja
- Nej

Er du blevet undersøgt af en øre-næse-halslæge?

- Ja
- Nej

Er du tidligere blevet opereret i næsen eller bihulerne?

- Ja
- Nej

Hvad er du opereret for? Hvornår?

Har du andre fysiske eller psykiske sygdomme?

- Ja
- Nej

Hvilke sygdomme?

MEDICIN

Får du medicin?

- Ja
- Nej

Hvilken medicin får du, og for hvilke lidelser?

Navn på medicin og styrke	Behandling for	Antal gange dagligt

Tager du sovemedicin?

- Ja, hvor ofte?
- Nej

Er der nogen i din biologiske familie, der har søvnapnø, hjerte-/karsygdomme, forhøjet blodtryk eller sukkersyge?

- Ja
- Nej

Hvilke sygdomme?

- Søvnapnø
- Hjerte-/karsygdomme
- Forhøjet blodtryk
- Sukkersyge

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM)**Hvad er din højde og vægt?**

Højde (cm)?

Vægt (kg)?

Har din vægt ændret sig indenfor de seneste 3 måneder?

- Nej
- Ja, jeg har taget på (antal kg)?
- Ja, jeg har tabt mig (antal kg)?

Spiser du almindelig varieret kost, efter Sundhedsstyrelsens kostråd?

- Ja
- Nej

Hvis du er overvægtig med BMI (Bodymassindex) over 35

Vil du da gerne tilbydes vejledning om kost og/eller fysisk aktivitet, med henblik på at tabe dig?

- Ja
- Nej

Ryger du?

- Nej, jeg har aldrig røget
- Nej, men jeg har tidligere røget
- Ja, jeg ryger lejlighedsvis
- Ja, jeg ryger hver dag

Hvis du er exryger, hvilket år stoppede du med at ryge?

Hvis du ryger hver dag

Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. døgn?

I hvor mange år har du røget?

Ønsker du hjælp til rygestop?

- Ja
- Nej

Drikker du alkohol?

- Nej
- Ja, Mindre end 10 genstande på en uge og max. 4 på samme dag
- Ja, Mere end 10 genstande pr. uge eller mere end 4 genstande på samme dag

Har du tidligere drukket mere eller mindre end nu?

- Mere
- Mindre
- Det samme

Ønsker du hjælp til at nedsætte dit alkoholforbrug?

- Ja
- Nej

Tager du andre rusmidler f.eks. Hash, Ecstasy, Kokain eller andet?

- Ja
- Nej

Er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

- Ja
- Nej

Hvilken type af motion eller fysisk aktivitet dyrker du?

Hvis du er overvægtig med en BMI (Bodymass Index) over 35. Vil du da tilbydes vejledning om fysisk aktivitet?

- Ja
- Nej

SOCIALE FORHOLD

Hvad er din familiemæssige situation?

- Bor alene
- Gift/samboende
- Børn i hjemmet

Uddannelse/Erhverv/Pension

Hvilken uddannelse/arbejde har du?

Hvilke arbejdstider har du?

Har du kørekort?

- Ja
- Nej

Hvilke kørekort har du?

- Almindelig personbil
- Lastbil (kørekort gruppe 2)
- Erhvervskørekort (Lastbil og/eller bus og/eller taxa)

Anvender du dit/dine kørekort?

Almindelig personbil

- Ja
- Nej

Anvender du dit/dine kørekort?

Lastbil (Kørekort gruppe 2)

- Ja
- Nej

Anvender du dit/dine kørekort?

Erhvervskørekort (Lastbil og/eller bus og/eller Taxa)

- Ja
- Nej

Har du andre bemærkninger, som du synes er af betydning for dit problem med din søvn?

Indhentelse af oplysninger

Det fremgår af sundhedslovens § 42a, stk. 1, at læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence ubegrænset kan indhente de elektroniske helbredsoplysninger, der er nødvendige og relevante i forbindelse med en patientbehandling.

Andre sundhedspersoner, end dem, der er nævnt i § 42a, stk.1, kan i forbindelse med en behandling af en patient, kun indhente oplysninger fra egen afdeling samt fra en aktuell behandling, dvs. de må som udgangspunkt ikke indhente historiske oplysninger samt oplysninger på tværs af afdelinger.

Ledelsen på hospitalet har mulighed for at give tilladelse til, at andre sundhedspersoner får samme adgang til at indhente elektroniske patientoplysninger i forbindelse med en behandling som læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer, og ambulancebehandlere med særlig kompetence. Tilladelsen er offentliggjort på hospitalets hjemmeside: <http://www.hospitalsenhedmidt.dk>.

Som patient kan du frabede dig, at en sundhedsperson elektronisk indhenter oplysninger. I så fald beder vi dig venligst give besked til personalet hurtigst muligt. Personalet vil herefter informere dig om hvilke konsekvenser det evt. kan få for behandlingen, hvis du gør brug af denne mulighed.

Tavshedspligt

Alle ansatte på hospitalet har tavshedspligt om din sygdom og personlige forhold, og de videregiver kun oplysninger, når det er nødvendigt for din behandling og pleje, f.eks. hvis du skal overflyttes til en anden afdeling eller et andet hospital. Hvis nogen spørger efter dig i hospitalets oplysning/telefonomstilling, kan de normalt få at vide, hvor du er indlagt, eller om du er udskrevet eller overflyttet til et andet hospital. Hvis du ikke ønsker, at personalet videregiver oplysninger om dig til andre personer, pårørende eller myndigheder, f.eks. din

praktiserende læge, beder vi dig give besked til personalet hurtigst muligt.

Udskrivningsbrev til egen læge

Efter endt undersøgelse og behandling, sender vi et brev til din praktiserende/henvisende læge om resultatet. Som patient kan du frabede dig, at vi sender disse oplysninger til lægen, i så fald beder vi dig venligst give besked til personalet hurtigst muligt.

Sæt venligst flueben her for at bekræfte, at du er færdig med din besvarelse:

textValue