



Διερεύνηση ημερήσιας υπνηλίας (Epworth Sleepiness Scale)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Η ημερήσια υπνηλία εκφράζεται σαν έντονη επιθυμία για ύπνο σε ώρες που το άτομο θα ήθελε να είναι σε πλήρη εγρήγορση.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί εργαλείο έγκαιρης διάγνωσης και αξιολόγησης της υπνηλίας. Το άτομο που ερωτάται πρέπει να ξεχωρίζει το αίσθημα υπνηλίας από το αίσθημα κούρασης.

Αξιολογείστε την πιθανότητα να αποκοιμηθείτε στις παρακάτω καθημερινές σας δραστηριότητες. Ακόμα και αν δεν έχετε βρεθεί στις συγκεκριμένες καταστάσεις πρόσφατα, σκεφτείτε πως θα μπορούσαν να σας επηρεάσουν.

Σημειώστε με ένα κύκλο τον πιο κατάλληλο αριθμό (από το 0-3) σε κάθε μια από τις παρακάτω 8 καταστάσεις.

0	Δεν θα με έπαιρνε ποτέ ο ύπνος.
1	Μικρή πιθανότητα να αποκοιμηθώ.
2	Μέτρια πιθανότητα να αποκοιμηθώ.
3	Μεγάλη πιθανότητα να αποκοιμηθώ.

Κατάσταση	Πιθανότητα να αποκοιμηθείτε			
	0	1	2	3
1	Όταν διαβάζετε κάτι καθισμένος (η)			
2	Όταν παρακολουθείτε τηλεόραση			
3	Όταν κάθεστε σε δημόσιο χώρο αδρανής (θέατρο, σινεμά, συγκέντρωση)			
4	Ός επιβάτης σε αυτοκίνητο για μια ώρα χωρίς στάση			
5	Αν ξαπλώσετε το απόγευμα για να ξεκουραστείτε			
6	Όταν μιλάτε σε κάποιον καθισμένος (η)			
7	Καθισμένος (η) σε ήσυχο περιβάλλον μετά το μεσημεριανό φαγητό χωρίς να έχετε καταναλώσει αλκοόλ			
8	Στο αυτοκίνητο ενώ είστε σταματημένος (η) για λίγα λεπτά λόγω κίνησης			

Σύνολο



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ STOP-BANG

Με το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αυτό, μπορούμε να ανιχνεύσουμε άτομα που είναι πιθανόν να πάσχουν από αποφρακτική υπνική άπνοια.

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις.

1.	Το ροχαλητό σας είναι δυνατό; (τόσο ώστε να ακούγεται μέσα από κλειστή πόρτα ή να ενοχλεί τον/την σύντροφό σας στο κρεβάτι)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
2.	Κατά τη διάρκεια της ημέρας αισθάνεστε συχνά κουρασμένος/η, αισθάνεστε κόπωση ή νυστάζετε; (όπως για παράδειγμα να σας πάρει ο ύπνος ενώ οδηγείτε ή μιλάτε σε κάποιον)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.	Κατά τη διάρκεια του ύπνου σας έχει παρατηρήσει κάποιος ότι σταματάει η αναπνοή σας ή έχετε αίσθημα πνιγμονής;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
4.	Έχετε αρτηριακή υπέρταση ή λαμβάνετε θεραπεία για αρτηριακή πίεση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
5.	Ο Δείκτης Μάζας Σώματος σας (ΔΜΣ) – Body Mass Index (BMI) είναι μεγαλύτερος από 35Kg/m²; (Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) είναι το πηλίκο του βάρους σε Kg δια του ύψους σε μέτρα εις το τετράγωνο) π.χ. βάρους 90Kg, ύψος 1,70m $BMI = \frac{90}{1,7 \times 1,7} = \frac{90}{2,89} = 31,14$	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
6.	Είστε άνω των 50 ετών;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
7.	Έχετε αυξημένη περιμέτρο λαιμού; (Η μέτρηση της περιμέτρου γίνεται στο ύψος του μήλου του Αδάμ) Για τους άντρες ο λαιμός με αυξημένη περιμέτρο θεωρείται όταν η περίμετρος του είναι πάνω από 43cm και για τις γυναίκες πάνω από 41cm	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
8.	Είστε άνδρας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Εκτίμηση Αποτελέσματος

Χαμηλού κινδύνου για αποφρακτική άπνοια στον ύπνο:

«Ναι» σε 0-2 απαντήσεις

Μέσου κινδύνου για αποφρακτική άπνοια στον ύπνο:

«Ναι» σε 3-4 απαντήσεις

Υψηλού κινδύνου για αποφρακτική άπνοια στον ύπνο:

«Ναι» σε 5-8 απαντήσεις

ή «Ναι» σε 2 ή περισσότερες απαντήσεις από τις 4 πρώτες ερωτήσεις + άρρεν φύλο

ή «Ναι» σε 2 ή περισσότερες απαντήσεις από τις 4 πρώτες ερωτήσεις + BMI>35Kg/m²

ή «Ναι» σε 2 ή περισσότερες απαντήσεις από τις 4 πρώτες ερωτήσεις + περίμετρος τραχήλου>43cm για άνδρες και 41cm για γυναίκες

- * Το ερωτηματολόγιο μπορεί να εκτιμηθεί και χωρίς την συμπλήρωση της ερώτησης 7, για την αυξημένη περίμετρο λαιμού, αν η μέτρηση δεν είναι εύκολα εφικτή (εκδοχή STOP BAG του ερωτηματολογίου).



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΑΚΡΩΝ (RLS)

1. Νοιώθετε κάποια δυσάρεστη αίσθηση στα πόδια σας που συνοδεύεται από την επιτακτική ανάγκη να τα κινείτε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Αυτή η δυσάρεστη αίσθηση παρουσιάζεται κυρίως ή αποκλειστικά όταν ξεκουράζεστε και καλυτερεύει με την κίνηση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Αυτό το υποκειμενικό αίσθημα είναι χειρότερο τις βραδινές ώρες ή τη νύχτα σε σχέση με τις πρωινές ώρες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Πόσο συχνά παρουσιάζεται αυτό το αίσθημα;		
• <1 φορά τον χρόνο		
• >1 φορά τον χρόνο & <1 φορά τον μήνα		
• 1 φορά τον μήνα		
• 2-4 φορές τον μήνα		
• 2-3 φορές την εβδομάδα		
• 4-5 φορές την εβδομάδα		
• 6-7 φορές την εβδομάδα		

Για **ΘΕΤΙΚΗ** διάγνωση πρέπει στα πρώτα 3 λήμματα οι απαντήσεις να είναι **ΝΑΙ**.

Η τέταρτη ερώτηση αφορά τη βαρύτητα της κατάστασης.