

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-FR-61 Yayın Tarihi :08.03.2018
	UYKU BOZUKLUKLARI SORGULAMA FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/2

Şube:

Adı Soyadı :..... Başvuru Tarihi :...../...../20.....

Cinsiyeti / Yaşı :..... Telefon No.:

Medeni Hali :.....

Mesleği :.....

Boy / Kilo ve Boyun Çevresi :.....

Alkol / Sigara :.....

Bilinen Hastalıklar :.....

Halen Kullandığı İlaçlar :.....

Yakınmalar :

1. Akşamları saat kaçta yatarsınız?.....

2. Uykuya dalmanız ne kadar sürer?.....

3. Gece içinde ortalama kaç kez uyanırsınız?.....

4. Gece uyanmanızın nedeni nedir?.....

5. Gece uyandıığınızda tekrar uyumakta güçlük çeker misiniz?.....

6. Sabah kaçta uyanırsınız?.....

7. Sabah erken uyanıp tekrar uyuyamadığınız olur mu? Oluyorsa ne sıklıkta?.....

8. Haftada kaç gece uykusuzluk çekersiniz?.....

9. Sizce uyuyamamanızın nedeni nedir?.....

10. Uyumak için ilaç veya alkol kullanır mısınız?.....

11. Uyku öncesinde günlük sıkıntıları düşünür müsünüz?.....

12. Uyku öncesinde uyuyamayacağınız fikri sizi endişelendirir mi?

13. Uyumak için özel önlemler alır mısınız?.....

14. Yatak odanız dışında başka bir yerde daha kolay uyur musunuz?.....

15. Akşam saatlerinde belirginleşen ve uykuya dalmanızı geciktiren bacaklarınızda huzursuzluk hissi olur mu?.....

16. Bacaklarındaki rahatsızlık dolaşmakla ve ovmakla rahatlar mı?.....

17. Uykunuzda bacaklarınızı çok hareket ettirir misiniz?.....

18. Gece içinde eşiniz bacaklarınızda atlamalardan şikayet eder mi?.....

19. Sabah kalktığınızda yatağınız çok dağınık olur mu?.....

20. Bacaklarınızda sık kramplar olur mu?.....

21. Horladığınızı söylerler mi?.....

22. Siz horladığınızı fark ediyor musunuz?.....

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-FR-61 Yayın Tarihi :08.03.2018
	UYKU BOZUKLUKLARI SORGULAMA FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :2/2

23. Horlamanız yan odalardan duyuluyor mu?.....
24. Horlamanız her gece olur mu?.....
25. Yan yattığınızda da horlamanız devam eder mi?.....
26. Horlarken nefesinizin durduğu söylenir mi?.....
27. Uykunuzdan nefes açlığı ile uyanır mısınız?.....
28. Geceleri göğsünüzde terleme olur mu?.....
29. Sabahları yorgun ve uykunuzu alamamış olarak mı kalkarsınız?.....
30. Sabahları uyandığınızda başınızda ağırlık veya ağrı olur mu?.....
31. Sabahları ağız kuruluğu olur mu?.....
32. Geceleri kaç kez tualete kalkarsınız?.....
33. Sırtüstü yattığınızda ağzınıza acı su gelir mi?.....
34. Gece midenizde yanma hissi ile uyanır mısınız?.....
35. Uykunuzda anormal hareketler (kalkıp dolaşma, bağırıp çağırma vb.) olur mu?.....
36. Uykuda korkulu rüyalar ya da kabus görür müsünüz?.....
37. Ne sıklıkla kabus görürsünüz?.....
38. Gün içinde yorgun ve uykulu olur musunuz?.....
39. Gün içinde boş kaldığınızda uykululuk hisseder misiniz?.....
40. Öğlen saatlerinde uyuklamalarınız olur mu?.....
41. Gün içinde karşı koyamadığınız uyku atakları olur mu?.....
42. Uykuluk nedeniyle tatsız olaylarla karşılaştınız mı?.....
43. Unutkanlıktan şikayetçi misiniz?.....
44. Dikkatinizde azalma hissediyor musunuz?.....
45. Kolay sinirleniyor musunuz?.....
46. Cinsel isteğinizde azalma hissediyor musunuz?.....
47. Mevcut şikayetleriniz kilo almaya başladıktan sonra mı ortaya çıktı?.....