

Segédlet orvosoknak az obstruktív alvási apnoé szindróma kockázatának felméréséhez

Az alvási apnoé szindróma kockázatának felméréséhez kérjük, tegye fel a vizsgált személynek az alábbi kérdéseket, majd egy kereszttel (X) jelölje meg a megfelelő válaszokat. Az adatmezők esetében töltsse ki azokat az aktuális, illetve a helyszínen mért értékekkel! A teszt kiértékeléséhez a válaszokhoz tartozó pontszámokat írja be az adott sor végén lévő kiértékelő mezőbe, majd legvégül ezek összegét írja be az összesítő mezőbe. A teszt eredménye alapján elbírálhatja az alvási apnoé szindróma fennállásának kockázatát.

A VIZSGÁLT SZEMÉLY ADATAI

Név: _____

Lakcím _____

Szül. hely, időpont: _____

TAJ: _____

AKTUÁLISAN MÉRT ADATOK

Testsúly (kg) _____ Testmagasság (cm) _____ Vérnyomás (Hgmm) _____ / _____

KÉRDÉSEK ÉS ADATOK

				Pontszámok	
K1	Neme	<input type="checkbox"/> FÉRFI 2	<input type="checkbox"/> NŐ 1	[]	
K2	Életkora a kitöltés évében	<input type="checkbox"/> 30 év vagy alatta 1	<input type="checkbox"/> 30 év felett 2	[]	
K3	BMI (kg/m ²) érték {számítása: testsúly (kg) ÷ magasság (cm) ÷ magasság (cm) × 10 000}	<input type="checkbox"/> 30 ALATT 1	<input type="checkbox"/> 30-35 KÖZÖTT 2	<input type="checkbox"/> 35 FELETT 3	[]
K4	Előfordult-e már, hogy vezetés közben elbóbiskolt vagy elaludt?	<input type="checkbox"/> IGEN 3	<input type="checkbox"/> NEM 0	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 2	[]
K5	Aluszékonyság miatt volt-e személyi sérüléssel, vagy anyagi kárral járó közlekedési balesete az elmúlt három évben?	<input type="checkbox"/> IGEN 4	<input type="checkbox"/> NEM 0	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 3	[]
K6	Szokott-e szinte minden alvás során hangosan horkolni?	<input type="checkbox"/> IGEN 2	<input type="checkbox"/> NEM 0	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 1	[]
K7	Mondták-e már Önnek, hogy alvás közben légzéskimaradása volt?	<input type="checkbox"/> IGEN 1	<input type="checkbox"/> NEM 0	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 0	[]
K8	Jellemzően kipihenten ébred-e egy egész éjszakás alvást követően?	<input type="checkbox"/> IGEN 0	<input type="checkbox"/> NEM 2	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 1	[]
K9	Van-e magas vérnyomása, vagy kezelik-e ezzel a betegséggel?	<input type="checkbox"/> IGEN 2	<input type="checkbox"/> NEM 0	<input type="checkbox"/> NEM TUDOM 1	[]
Kérem fordítson, a teszt folytatódik a következő oldalon!				RÉSZÖSSZEG (A) []	

Tegy fel az alábbi kérdést a vizsgált személynek, majd olvassa fel a táblázatban szereplő helyzeteket, és karikázza be a kapott választ. A kérdésekre adott válaszok a vizsgált személy jelenlegi, szokásos élethelyzetére vonatkoznak, és kérje meg, hogy akkor is képzelje el, milyen hatást váltana ki az adott helyzet az esetében, ha mostanában nem volt ezek valamelyikében. Az alábbi skálát használja az elalvás valószínűségének leírásához! A megjelölt érték egyben azonos az adott válasz pontértékével is:

0	1	2	3
biztosan nem	kevésbé valószínű	valószínű	szinte biztosan

„Mennyire valószínű, hogy az alább felsorolt helyzetekben elbóbiskolna vagy elaludna, szemben azzal, mint amikor csak fáradtságot érez?”

EPWORTH NAPPALI ALUSZÉKONYSÁGI SKÁLA (ESS)

	0	1	2	3	E pontok	Pontszámok
E1 Ülve, olvasás közben:					<input type="text"/>	
E2 Televízió nézés közben:					<input type="text"/>	
E3 Nyilvános helyen üldögélve, ahol nem kell aktívan részt vennie (pl. előadáson, megbeszélésen):					<input type="text"/>	
E4 Autóban utasként ülve egyórára, megállás nélküli utazás során:					<input type="text"/>	
E5 Amennyiben lehetősége van délután lefeküdni pihenésre alkalmas környezetben					<input type="text"/>	
E6 Ülve, társalgás közben:					<input type="text"/>	
E7 Csendben üldögélve ebéd után, amelyhez nem fogyasztott alkoholt:					<input type="text"/>	
E8 Gépjárművet vezetve, ha a forgalom miatt néhány percig kénytelen megállni:					<input type="text"/>	
ÖSSZESEN					<input type="text"/>	

0-10 közötti E pont értéke: 0 pontszám
 11-14 közötti E pont értéke: 2 pontszám
 15-24 közötti E pont értéke: 4 pontszám

A nappali aluszékonyság pontszáma (B)	<input type="text"/>
Az első oldal alján lévő részösszeg (A)	<input type="text"/>
A TESZT EREDMÉNYE (A + B)	<input type="text"/>

A teszt eredménye és a csatolt értékelési útmutató alapján a vizsgált személyre vonatkozó javaslat:

AKTUÁLISAN ALVÁSI APNOÉ SZINDRÓMA GYANÚJA

NEM ÁLL FENN FENNÁLL, TOVÁBBI VIZSGÁLAT SZÜKSÉGES

JOGI NYILATKOZATOK

Aláírással igazolom, hogy a kérdésekre adott és rögzített válaszok a vizsgált személy válaszaival megegyeznek, a mért adatok a valóságnak megfelelnek, a kiértékelés során a rendelkezésre álló információ alapján döntöttem.

Kitöltő orvos neve:

Pecsétszáma:

Aláírása:

Hely, dátum:

Alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a közölt válaszok és adatok tőlem származnak, és a valóságnak mindenben megfelelnek.

Vizsgált személy aláírása