Pós-sono

Solicitamos que preencha o questionário a seguir. Este deverá ser entregue ao profissional que recolherá o polissonígrafo, no dia seguinte ao exame. Obrigada!

Qual foi o grau de incômodo em dormir com o polissonígrafo?

Nenhum incômodo Pouco incômodo Muito incômodo

Se você se sentiu incomodado, por favor, especificar o que lhe causou incômodo:

Você precisou tomar algum medicamento durante esta noite?

Não Sim. Qual? _____

Sentiu alguma dor esta noite?

Não Sim. Onde? Coluna/costas Braços Pernas
 Articulações Cabeça Outro: _____

Dormiu às _____ horas. Comparado ao seu horário habitual de sono, nesta noite você dormiu:

Mais cedo que o normal No horário habitual Mais tarde

Quanto tempo você acha que demorou para iniciar o sono? _____ minutos.

Quantas vezes você acha que despertou nesta noite? _____ vez(es).

Quanto tempo aproximadamente acha que dormiu nesta noite? _____ hora(s).

Acordou às _____ horas. Comparado ao seu horário habitual de sono, nesta manhã despertou:

Mais cedo que o normal No horário habitual Mais tarde

Se pudesse continuar dormindo, por quanto tempo mais _____ minutos.

Comparado ao seu horário habitual de sono, nesta manhã despertou: Pior Igual Melhor

Sente-se descansado nesta manhã? Sim Não

Em relação a sua queixa de sono, ela ocorreu na noite do exame? Sim Não Não sei

De zero a dez, que nota você daria para sua noite de sono?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10