

Escala de somnolencia de Epworth

Esta encuesta se utiliza para determinar su nivel de somnolencia diurna:

- Una puntuación de 18 o más indica mucho sueño.
- Si obtiene una puntuación de 10 o más, debería considerar reevaluar sus hábitos de sueño o consultar a un especialista en sueño.

	Nunca dormitaría (0)	Poca probabilidad de adormecerse (1)	Probabilidad moderada de adormecerse o dormir. (2)	Alta probabilidad de adormecerse o dormir (3)
1. Sentarse y leer	0	1	2	3
2. Ver televisión	0	1	2	3
3. Sentarse inactivo en un lugar público	0	1	2	3
4. Estar como pasajero en un vehículo de motor durante una hora o más	0	1	2	3
5. Acostarse por la tarde	0	1	2	3
6. Sentarse y hablar con alguien	0	1	2	3
7. Sentarse tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)	0	1	2	3
8. Se detuvo durante unos minutos en el tráfico mientras conducía.	0	1	2	3

Total: _____

Nombre de paciente: _____

Fecha: _____

Cuestionario de síntomas de ronquidos (marque cualquiera que haya tenido):

- ☐ Cansado todo el tiempo
- ☐ Sueño perturbado e inquieto
- ☐ Despertar sin aire o aliento
- ☐ Problemas de memoria
- ☐ Dolores de cabeza al despertar
- ☐ Dejar de respirar durante el sueño
- ☐ Problemas para concentrarse
- ☐ Quedarse dormido mientras conduce
- ☐ Impotencia
- ☐ Roncando todas las noches
- ☐ Obstrucción nasal
- ☐ Aumento de peso reciente: _____ lbs.
- ☐ Movimiento excesivo durante el sueño
- ☐ La pareja duerme en otra habitación debido a los ronquidos
- ☐ Dormirse durante el día o después de las comidas

Historia Quirúrgica (escribir fecha del procedimiento):

- ☐ Amigdalectomía: _____
- ☐ Adenoidectomía: _____
- ☐ Traqueotomía: _____
- ☐ Cirugía nasal: _____
- ☐ Cirugía de los senos nasales: _____
- ☐ Uvulopalatoplastia (UPPP): _____
- ☐ Otra cirugía: _____

Tratamiento(s) previo(s):

¿Tratamiento para los ronquidos? __ No __ Sí. ¿De qué tipo?

¿Diagnóstico de apnea del sueño? __ No __ Sí. ¿Cuándo y por quién?

¿Un estudio del sueño? __ No __ Sí. ¿Cuándo y dónde? _____

¿Tratamiento previo para la apnea del sueño? __ No __ Sí. ¿Cuándo y dónde? _____

Nombre de paciente: _____

Fecha: _____