

Patient Sleep Sheet

Patient ID:

--	--	--	--	--	--	--

رقم المريض:

متى تذهب إلى النوم خلال أيام الأسبوع؟
متى تستيقظ خلال أيام الأسبوع؟

هل تشعر بصعوبة في الدخول في النوم؟
كم تستغرق من الوقت في الدخول في النوم؟
هل تجد صعوبة في الاستمرار في النوم؟
هل تستيقظ أثناء النوم؟

هل يشكو رفيقك في السرير من كثرة حركتك أو من الركل بالساقين أثناء النوم؟
هل تشعر بعدم الارتياح في ساقيك قبيل النوم؟

هل تعاني من الشخير؟
هل شخيرك يسبب الإزعاج للآخرين؟
هل قيل لك أنك تتوقف عن التنفس أثناء النوم؟
هل تشعر بالنعاس أثناء اليوم؟
ما مدى شعورك بالطاقة والحيوية و التركيز أثناء اليوم؟
هل يداهملك النوم أثناء اليوم ويعوق قيامك بأحد المهام اليومية؟
هل تعاني من احتقان بالأنف أو انسداد أو ارتشاح؟
هل تضغط (تجرش) اسنانك أثناء النوم؟
كم مره تستيقظ من النوم للذهاب إلى دورة المياه :

Epworth Sleepiness Scale	
لا يمكن حدوثه أبدا	= 0
قليلا ما يحدث	= 1
يحدث بصورة معتدلة	= 2
كثيرا ما يحدث	= 3
ما هي فرصة حدوث نوم في المواقف الآتية:	
	أثناء القراءة
	أثناء مشاهدة التلفزيون
	أثناء الجلوس في هدوء في الأماكن العامة (اللقاءات- الندوات - المسرح)
	أثناء ركوب السيارة أو الأتوبيس لساعات طويلة
	أثناء الاستلقاء للراحة بعد الظهر
	أثناء الجلوس والتحدث إلى شخص ما
	عقب تناول وجبة الغذاء (باستثناء الكحوليات)
	أثناء الوقوف لبضع دقائق في اشاره المرور
	المجموع الكلي

هل تم تشخيصك بأحد اضطرابات النوم من قبل بمعرفة طبيب متخصص؟

هل سبق لك عمل اختبار دراسة نوم؟
إذا كانت الإجابة بنعم فماذا كان التشخيص و العلاج؟

ملاحظات

--