

Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica, che ha in cura il:

Sig./ra.....

Nato/a a.....il.....

per il rilascio o rinnovo della patente di guida

Risultati polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AHI.....

Terapia praticata

- ☐ Ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel)
- ☐ Apparecchio endoorale di avanzamento mandibolare
- ☐ Intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)
- ☐ Altra terapia.....

Compliance dimostrata alla terapia: ☐ Buona ☐ Accettabile ☐ Insufficiente

Monitorata con.....

Sonnolenza diurna: ☐ Migliorata ☐ Non migliorata ☐ Assente

Valutata con.....

Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna:

☐ Efficace ☐ Non efficace ☐ Scarsamente efficace

Data.....

Firma dello Specialista.....

Note: Nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endoorale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.

Il giudizio sulla compliance è da riferire alle prescrizioni terapeutiche impartite.

Questionario Sonnolenza Diurna

Sig. _____

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Seduto mentre leggo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Guardando la TV | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Passeggero in automobile, per un'ora senza soste. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sdraiato a riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto mentre parlo con qualcuno | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto tranquillamente dopo pranzo senza avere bevuto alcoolici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Interpretazione dei risultati:

Risposte tutte negative = sonnolenza assente

Positive da n. 1 a n. 3 = presenza di lieve sonnolenza diurna

Risposta positiva da 4 a 6 = presenza di eccessiva sonnolenza diurna

Questionario Sonnolenza Diurna

Sig. _____

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Seduto mentre leggo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Guardando la TV | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Passeggero in automobile, per un'ora senza soste. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sdraiato a riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto mentre parlo con qualcuno | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Seduto tranquillamente dopo pranzo senza avere bevuto alcoolici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Interpretazione dei risultati:

Risposte tutte negative = sonnolenza assente

Positive da n. 1 a n. 3 = presenza di lieve sonnolenza diurna

Risposta positiva da 4 a 6 = presenza di eccessiva sonnolenza diurna