



QUESTIONÁRIO PRÉ-SONO PARA EXAME DE POLISSONOGRAFIA (PSG)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Marque uma opção para cada item abaixo, como a seguir: Marcado Desmarcado

1. **Você costuma dormir acompanhado?** Não Sim Às vezes, ou até 3 vezes por semana
2. **Qual das atividades a seguir você costuma adotar para “pegar no sono?”.**
 Nenhuma Televisão Leitura Música Medicamento Outra
3. **Preencha o seu horário habitual de dormir e acordar durante a semana e nos finais de semana:**
Dias de semana: hora habitual de dormir: _____ hora habitual de acordar: _____
Finais de semana/feriado: hora habitual de dormir: _____ hora habitual de acordar: _____
4. **Quantas horas de sono você realmente dorme na maioria das vezes? (não incluir tempo acordado na cama)** Resposta: _____
5. **Em geral, se pudesse continuar dormindo, quanto tempo a mais dormiria?** Resposta: _____
6. **Você sente as seguintes dificuldades de dormir pelo menos três vezes por semana?**
 - a. **Demora para iniciar o sono:** Não Sim Há quanto tempo? _____
 - b. **Vários despertares no meio do sono:** Não Sim Há quanto tempo? _____
 - c. **Ao despertar no meio do sono, fica muito tempo acordado na cama:**
 Não Sim Há quanto tempo? _____
 - d. **Desperta cedo demais:** Não Sim Há quanto tempo? _____
7. **Em geral, quanto tempo você leva para começar a dormir depois de apagar as luzes?**
 Até 30 minutos 31-60 minutos Mais de 60 minutos
 - a. **Em média, quantas vezes por semana isso acontece?** _____ vezes por semana
 - b. **Geralmente quantas vezes você acorda durante o sono?** _____ vezes por noite
8. **É fácil dormir de novo quando você acorda no meio do sono?**
 Geralmente sim Geralmente não, Em média, quantos minutos você leva para retomar o sono? _____
9. **É difícil para você acordar no fim do seu período de sono?**
 Geralmente não Até 3x/semana Mais que 3x/semana
10. **Como você acorda de costume?**
 Acordo espontaneamente Alguém me chama/despertador toca Sou acordado por outra(s) causa(s)
11. **Você sente muita sonolência durante o dia? (vontade de dormir)**
 Geralmente não Sinto pela manhã Sinto à tarde Sinto ao longo do dia
12. **Você sente fadiga/cansaço durante o dia? (vontade de repousar)**
 Geralmente não Sinto pela manhã Sinto à tarde Sinto ao longo do dia
13. **Independente do tempo que tenha dormido, você se sente cansado ao acordar?**
 Não, no máximo 1x/semana 2x/semana ou mais
14. **Você cochila por 5 minutos ou mais durante o dia?**
 Geralmente não Finais de semana/feriado Mais que 3x/semana (dias úteis)
15. **Em geral, em qual período do dia você cochila?**
 Em diversos momentos Pela manhã Após almoço Final da tarde
16. **Ao acordar do seu cochilo, sente-se bem para retomar suas atividades?**
 Geralmente não Na maioria das vezes sim
17. **Você ronca?** Sim todas as noites De vez em quando Não ronco Não sei
18. **Seu ronco incomoda outras pessoas?** Não Sim Não sei

19. Durante o sono, mantendo a mesma posição para dormir, o seu ronco é:

Contínuo Interrompido Não sei

20. Você tem paradas respiratórias enquanto dorme (percebidas por você ou mesmo comentada por alguém)? Não Sim Não sei

21. Você acorda durante o sono com a sensação de estar engasgado? Não Sim

22. Você tem dificuldade para respirar pelo nariz?

Geralmente não Acordado Dormindo Acordado e dormindo

23. Assinale as características que você apresenta durante o sono:

Suor noturno Sono agitado Babar Acordar com a boca seca

24. Enquanto está acordado, quais as características que você apresenta pelo menos uma vez por semana:

Extremidades frias (pés/mãos) Alergia respiratória (asma/rinite) Tontura ao ficar em pé rapidamente

25. Nos últimos 6 meses você apresentou alteração do seu peso?

Não Houve diminuição de peso Houve aumento de peso

26. Em caso de alteração, em quantos kg seu peso se alterou? _____ kg.

27. Você faz exercício físico? Não, no máximo 1x/semana 2x/semana ou mais

28. Sente dores pelo corpo acompanhadas de sensação de fadiga/cansaço durante o dia?

Geralmente não Geralmente sim

29. Você apresenta ou apresentou nos últimos 6 meses os seguintes comportamentos/sintomas relacionados ao sono?

a. Movimento repentino ao iniciar o sono (por exemplo; sensação de queda):

Geralmente não Geralmente sim

b. Movimentos repetitivos e involuntários das pernas durante o sono:

Geralmente não Geralmente sim

c. Necessidade de movimentar as pernas antes de dormir e/ou durante o dia para aliviar desconforto: Geralmente não Geralmente sim

d. Câimbras durante o sono: Geralmente não Geralmente sim

e. Perda de forças ou dificuldade para falar de repente, em situações de forte emoção (como riso, raiva, medo, surpresa): Não Sim

f. Visualização de imagens estranhas imediatamente antes de dormir ou de acordar (do tipo alucinação): Não Sim

g. Paralisia do corpo logo após acordar ou estar pegando no sono, sem conseguir mexer qualquer parte do corpo: Não Sim

h. Pesadelo (sonho muito desagradável ou assustador): Não Sim

30. Vivência intensa de um sonho a ponto de movimentar-se ou até levantar-se:

Não Sim Não Sei

31. Episódio de terror e agitação enquanto dorme, sem lembrança disto depois:

Não Sim Não Sei

32. Sentar-se na cama, levantar-se ou até andar de olhos abertos enquanto dorme, sem lembrar-se disto depois: Não Sim Não Sei

33. Falar ou murmurar durante o sono mais que uma vez por semana: Não Sim Não Sei

34. Ranger, apertar ou bater os dentes enquanto dorme mais que uma vez por semana:

Não Sim Não Sei

35. Relate no verso da folha outro(s) comportamento(s) estranho(s) durante seu sono que julgue importante. Lembre-se de numerar a resposta de acordo com o número desta questão.

36. Nos últimos 6 meses você tem sentido:

a. Diminuição da sua capacidade de memória? Não Sim

b. Diminuição da sua capacidade de atenção/concentração? Não Sim

c. Dor de cabeça ao acordar? Não Sim

d. Episódios de irritação/tensão mais freqüentes? Não Sim

e. Desânimo mais freqüente? Não Sim

f. Problemas mais freqüentes com a ereção? Não Sim

37. Você sente azia/queimação no estômago ou regurgitação (retorno do alimento à boca)?

Geralmente não sinto Acordado Dormindo Acordado e dormindo

38. Em média, quantas xícaras de café, chá e/ou copos de refrigerante (coca-cola/guaraná) você ingere por dia? _____ xíc./copos

39. Você é fumante de cigarro? Sim Já fui Não

40. Você fuma cachimbo ou charuto pelo menos duas vezes por semana? Não Sim

41. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? _____ cigarros

42. Com que idade você começou a fumar? _____ anos

43. Se você foi fumante, há quanto tempo parou de fumar? _____ anos

44. Se você foi fumante, em média, quantos cigarros você fumava por dia? _____ cigarros

45. Período(s) em que parou e voltou a fumar:

de _____ a _____ ; de _____ a _____ ; de _____ a _____ .

46. Geralmente, em qual período do dia? De dia À noite De dia e à noite

47. Quando ingere álcool, quantos copos/taças você toma em média? _____ copos/taças

48. Você usa ou usou drogas? Não uso e nunca usei Já fui usuário Uso atualmente

49. Você usa medicamento (alopático ou não) para dormir?

Geralmente não uso Até 3x/mês 1-3x/semana 4x/semana ou mais

50. Você tem:

a. Doença respiratória (dos pulmões)? Tenho Já tive Nunca tive

b. Doença do coração? Tenho Já tive Nunca tive

c. Pressão alta? Tenho Já tive Nunca tive

d. Doença dos rins? Tenho Já tive Nunca tive

e. Problemas de tiróide? Tenho Já tive Nunca tive

f. Diabetes? Tenho Já tive Nunca tive

g. Desmaios? Tenho Já tive Nunca tive

h. Doença neurológica (incluindo convulsão)? Tenho Já tive Nunca tive

51. Algum outro problema de saúde? Favor escreva no verso da folha.

52. Especifique qual dos sintomas relacionados ao sono está presente na sua família: Nenhum

Insônia Ronco Apnéia Outro: _____

53. Se estiver usando medicamento(s), cite-o(s):