Aan:

Geachte heer, mevrouw,

U bent verwezen voor een WatchPAT slaaponderzoek of voor een telefonisch intakegesprek.

Graag vragen wij u bijgevoegde vragenlijsten in te vullen en te mailen naar slaapcentrum@ghz.nl of per post naar Groene Hart ziekenhuis, t.a.v. poli longgeneeskunde, Postnummer D.001, Antwoordnummer 10098, 2800 VB GOUDA (Geen postzegel nodig).

**De afspraak kan alleen doorgaan als u minimaal 3 dagen vóór de afspraak de volledig ingevulde formulieren heeft teruggestuurd.**.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Slaapcentrum Groene Hart Ziekenhuis

Groene Hart Ziekenhuis

Bleulandweg 10

2803 HH Gouda

e-mail:slaapcentrum@ghz.nl

telefoonnummer: 0182-505008

**Vragenlijst voor patiënten met klachten van slaperigheid overdag
ESS (Epworth Sleepiness Scale)**

Hoe vaak zou u in de volgende situaties indutten?
*Als u de situatie niet kortgeleden heeft meegemaakt, probeert u zich dan in te denken hoe u zich zou voelen.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **situatie** | **nooit** | **af en toe** | **vrij vaak** | **altijd** |
| tijdens zitten of lezen |  |  |  |  |
| bij televisie kijken |  |  |  |  |
| buitenshuis tijdens vergadering, bioscoop of cafébezoek |  |  |  |  |
| tijdens een één uur durende autorit als bijrijder |  |  |  |  |
| rustig liggend, wanneer de omstandigheden slapen toestaan |  |  |  |  |
| tijdens bezoek of een gesprek met iemand |  |  |  |  |
| in aansluiting op een warme maaltijd |  |  |  |  |
| in de auto tijdens wachten (voor een stoplicht of file) |  |  |  |  |

Bedankt voor uw medewerking!

**Stop-Bang-Vragenlijst**

Met deze vragenlijst wordt onderzocht hoe groot de kans is dat u last heeft van slaapapneu. De naam van de vragenlijst is afgeleid van de beginletters van de vragen in het Engels : **S**noring, **T**iredness, **O**bserved **A**pneas, **P**ressure, **B**MI, **A**ge, **N**eck Circumference, **G**ender.

Als u drie of meer vragen met ‘ja’ beantwoordt, is er een grotere kans dat u last heeft van slaapapneu of het Obstructieve Slaapapneu Syndroom (OSAS). Let op: de uitkomst geeft een eerste indruk of u verhoogde kans op slaapapneu heeft. Om dit zeker te weten is het belangrijk om te weten of u klachten heeft en zo ja, welke klachten. Dit bespreken we met u op de intake-poli.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **situatie** | **ja** | **nee** |
| Snurkt u luid (luider dan praten en luid genoeg om door een dichte deur gehoord te worden)? |  |  |
| Voelt u zich overdag vaak vermoeid, niet uitgerust of slaperig? |  |  |
| Heeft iemand waargenomen dat u tijdens uw slaap stopte met ademhalen? |  |  |
| Heeft u hoge bloeddruk of wordt u daarvoor behandeld? |  |  |
| Is uw BMI hoger dan 35? |  |  |
| Bent u ouder dan 50? |  |  |
| Is uw nekomtrek (boordmaat) groter dan 40 cm? |  |  |
| Bent u man? |  |  |

Bedankt voor uw medewerking!

**Intakeformulier slaapanamnese**

naam: 

geboortedatum: 

lengte:  cm gewicht:  kg

nekomvang:  cm buikomvang:  cm

e-mailadres: 

telefoonnummer overdag: 

voorkeur eerste afspraak: ****

verwijzer: 

reden doorverwijzing: 

 Wanneer zijn de klachten ontstaan? 

 **Huidige medicatie en dosering:**



**Slaapritme**

Hoe laat gaat u naar bed? 

Hoe laat komt u uit bed? 

Hoe lang duurt het voor u in slaap valt? 

Hoe vaak wordt u wakker ’s nachts? 

Hoe lang slaapt u gemiddeld? 

Zijn slaapduur en bedtijden wezenlijk anders in vakanties of in het weekend? 

ruimte voor toelichting:


Kunt u kort uw gewoonten rondom slaap beschrijven? (bv. televisie kijken, lezen in bed, computer-/ tablet-/smartphonegebruik?)



**Omgeving**

Hoe is de thuissituatie? 

Slaapt u alleen? 

Zijn er jonge kinderen en/of huisdieren 
die de slaap kunnen verstoren?

Werkt u? Zo ja, welk werk doet u?  

Werkt u in ploegendienst? 

**Middelengebruik**

koffie/thee:  kopjes per dag

alcohol:  glazen per week

energiedrankjes/ cola:  glazen per dag

drugs:  per week, welke? 

roken:  per dag, sinds 

ruimte voor toelichting:



**HSDQ - Holland Sleep Disorders Questionnaire, 2012**

Wilt u voor elk van de 32 uitspraken op deze en de volgende pagina aangeven in hoeverre deze op u van toepassing zijn? U kunt kiezen uit: *helemaal niet van toepassing, meestal niet van toepassing, soms wel/ soms niet van toepassing, meestal wel van toepassing, helemaal wel van toepassing*

* Sla geen vragen over.
* Ga er bij het beantwoorden van uit dat het om de afgelopen 3 maanden gaat.
* Ook al weet u het misschien niet van uzelf (bijvoorbeeld of u snurkt of met uw benen beweegt), geef dan aan wat u van uw partner gehoord heeft of hoe u denkt dat het is.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | helemaal niet | meestal niet | soms wel, soms niet | meestal wel | helemaal wel |
| 1. Ik heb overdag last van vermoeidheid.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Wanneer ik in bed ga liggen heb ik een vervelend kriebelig, brandend of jeukend gevoel in mijn benen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik word ’s morgens met een droge mond wakker.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik word ’s nachts plotseling wakker, met een schreeuw en/of hevig transpirerend, en maak een angstige indruk.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik val pas tegen de ochtend in slaap en heb dan grote moeite om ’s morgens bijtijds wakker te worden. In het weekeinde slaap ik lang uit.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Als ik “rusteloze benen” heb, kan ik dit gevoel onderdrukken door te lopen of mijn benen te strekken.
 |  |  |  |  |  |
| 1. De kwaliteit van mijn slaap is slecht en ik voel me ’s morgens dan ook niet uitgerust.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Als ik rustig zit, vooral ’s avonds, voel ik de drang om mijn benen te bewegen
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tijdens mijn slaap lig ik met mijn benen of armen te bewegen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik lig ’s nachts lang wakker.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Tijdens mijn slaap heb ik last van schoppende beenbewegingen die ik onmogelijk kan onderdrukken
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik maak me zorgen over de gevolgen van mijn slechte slaap (bijvoorbeeld voor mijn gezondheid).
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik kan 's avonds moeilijk in slaap komen.
 |  |  |  |  |  |
|  | **helemaal niet** | **meestal niet** | **soms wel, soms niet** | **meestal wel** | **helemaal wel** |
| 1. Vooral na een slechte nacht heb ik overdag last van 1 of meer van deze gevolgen: vermoeidheid, slaperigheid, slecht humeur, zwakke concentratie, geheugenproblemen, gebrek aan energie.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik krijg onvoldoende slaap, ondanks dat ik volop gelegenheid heb om lang te slapen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik heb regelmatig een levendige droom waarin ik word aangevallen en me dan verdedig met wilde bewegingen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik stop met ademen tijdens mijn slaap.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik snurk luid tijdens mijn slaap.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik schrik ’s nachts wakker met het gevoel te stikken.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik heb last van nachtmerries of angstige dromen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Omdat ik te weinig slaap krijg, functioneer ik overdag minder goed.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik heb mezelf tijdens mijn slaap wel eens verwond, zonder me dat achteraf te herinneren.
 |  |  |  |  |  |
| 1. In de loop van de dag val ik herhaaldelijk in slaap.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik word regelmatig verward half wakker en maak dan slaande bewegingen. Ik herinner mij er later vrijwel niets van.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Na een dutje overdag voel ik me niet uitgerust.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik slaap slecht omdat het me niet lukt om op een normale tijd in te slapen en ‘s morgens op een normale tijd wakker te worden.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Als ik ’s nachts wakker moet blijven, slaap ik overdag slecht.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik slaap ’s nachts gewoonlijk meer dan 10 uur, heb moeite om ’s morgens wakker te worden en doe overdag ook dutjes.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik krijg overdag slaapaanvallen, die zó hevig zijn dat ik ze niet kan weerstaan.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Mijn tijd van inslapen wisselt sterk van dag tot dag.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik heb last van slaapwandelen.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ik val overdag ongewild in slaap, vooral in een saaie situatie (bijvoorbeeld bij een saai tv-programma).
 |  |  |  |  |  |