



## CURSO DE RONCO E APNEIA DO SONO

Ficha de diagnóstico e anamnese

[www.neom-rb.com.br](http://www.neom-rb.com.br)

## ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )

### 1. **Você Ronca?**

1.1. SIM ( )

1.1.1. Com qual frequência:

todas as noites ( ) algumas noites ( )

sem beber ( ) só quando bebe ( )

1.1.2. Seu ronco incomoda:

ninguém ( ) companheiro(a) ( ) quarto ao lado ( ) vizinho ( )

1.1.3. Em qual posição você ronca?

sentado ( ) deitado de lado ( ) deitado de bruços ( ) deitado de costas ( )

1.2. NÃO ( )

### 2. **Você “engasga” ou tem “paradas respiratórias” durante o sono?**

2.1. SIM ( )

2.1.1. Qual a frequência que isso ocorre?

várias vezes por semana ( ) raras vezes ( )

2.2. NÃO ( )

### 3. **Você tem sono durante o dia?**

3.1. SIM ( )

3.2. NÃO ( )

Índice de Epworth \_\_\_\_\_

### 4. **Você acorda cansado ou fatigado depois de acordar?**

4.1. SIM ( )

4.2. NÃO ( )

Frequência: \_\_\_\_\_

### 5. **Desempenho cognitivo: sua concentração, memória ou capacidade de aprendizado estão alteradas durante o dia?**

5.1. SIM ( )

5.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**6. Você está apresentando “alterações de humor ou manifestações de depressão” durante o dia?**

6.1. SIM ( )

6.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**7. Seu desempenho sexual (libido e ereção) está alterado? (resposta só para homens)**

7.1. SIM ( )

7.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**8. Você costuma tomar bebidas alcoólicas com frequência?**

8.1. SIM ( )

8.2. NÃO ( )

Tipo da bebida, dose e frequência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Você fuma?**

9.1. SIM ( )

9.2. NÃO ( )

Tempo e quantidade: \_\_\_\_\_

**10. Você toma medicamentos de uso frequente?**

10.1. SIM ( )

10.2. NÃO ( )

Medicamentos, posologia e tempo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Você tem dores de cabeça (cefaleia) com frequência?**

11.1. SIM ( )

11.2. NÃO ( )

Frequência e horário: \_\_\_\_\_

**12. Você urina na cama durante a noite? (Enurese noturna)**

12.1. SIM ( )

12.2. NÃO ( )

**13. Você costuma levantar à noite para urinar? (Noctúria)**

13.1. SIM ( )

13.2. NÃO ( )

Frequência: \_\_\_\_\_

**14. Você tem refluxo?**

14.1. SIM ( )

14.2. NÃO ( )

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

**15. Você tem alguma alteração respiratória, obstrução nasal ou problemas pulmonares?**

15.1. SIM ( )

15.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**16. Você tem diabetes?**

16.1. SIM ( )

16.2. NÃO ( )

Tipo: \_\_\_\_\_

**17. Você tem hipotireoidismo?**

17.1. SIM ( )

17.2. NÃO ( )

**18. Você é hipertenso?**

18.1. SIM ( )

18.2. NÃO ( )

**19. Você possui ou já teve algum problema cardiovascular?**

19.1. SIM ( )

19.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**18. Você já sofreu algum acidente vascular cerebral (AVC- Derrame)?**

1.1. SIM ( )

1.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

**19. Você possui algum histórico na Família de ocorrência de problemas cardíacos, respiratórios ou de derrame (AVC)?**

1.1. SIM ( )

1.2. NÃO ( )

Descreva: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE DE EPWORH

Responda qual a chance de você cochilar:

0 - Nunca

1 - Pequena

2 - Moderada

3 – Grande

Questionário:

1. Sentado lendo	
2. Assistindo TV	
3. Sentado em local público	
4. Como passageiro em veículo	
5. Deitado à tarde	
6. Sentado conversando	
7. Sentado após o almoço sem álcool	
8. Dirigindo, quando o carro para em sinaleira.	
Total	

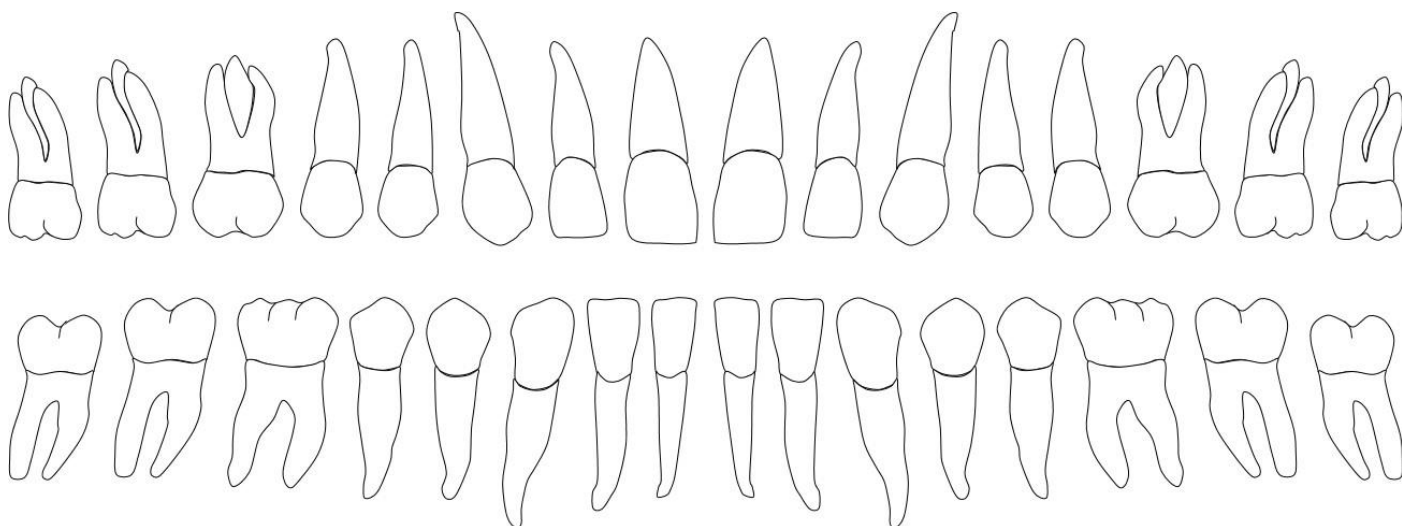
## Exame clínico

### Dados antropométricos:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg                      Altura: \_\_\_\_\_ m                      IMC: \_\_\_\_\_

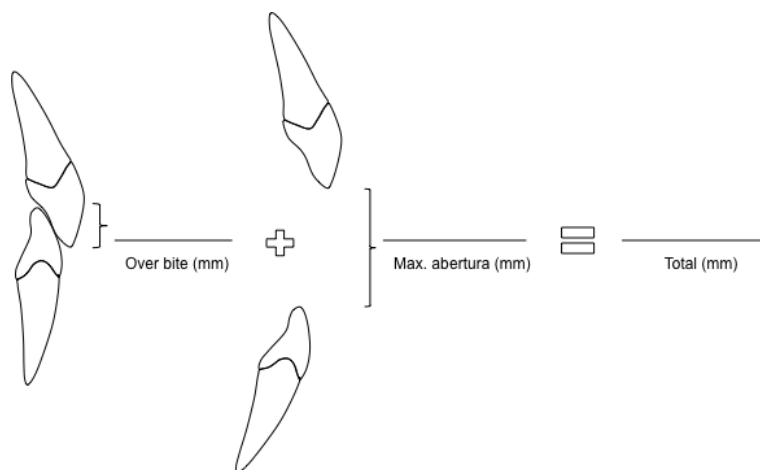
Circunferência do pescoço: \_\_\_\_\_ cm                      Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ cm

### Exame clínico / panorâmica

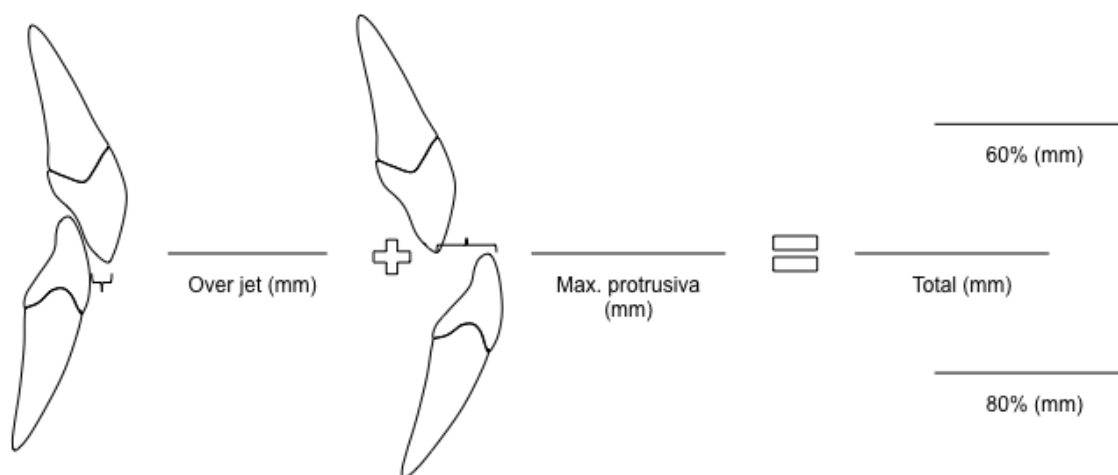


Marcar: Próteses, ausências dentárias, grandes restaurações, tratamento de canal, perdas periodontais





### Abertura:







### Protrusão



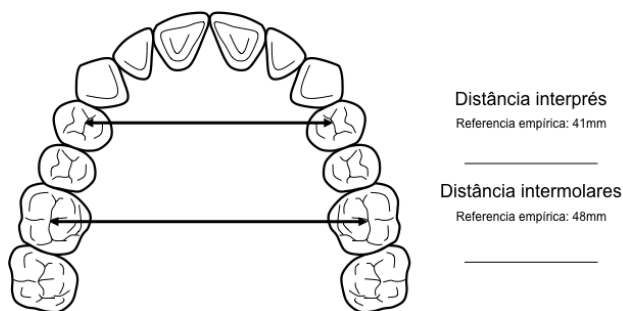
### Índice de Mallampati

			
Classe I ( )	Classe II ( )	Classe III ( )	Classe IV ( )

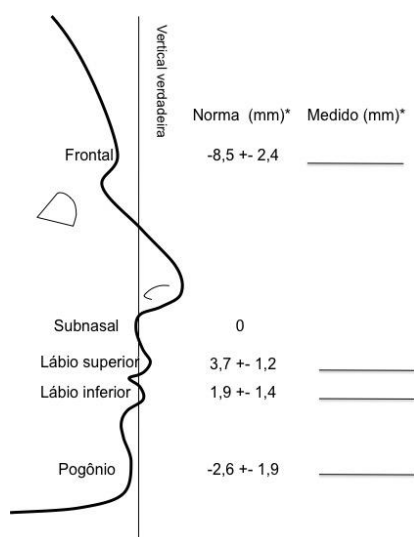
### Amígdalas

			
Grau I ( )	Grau II ( )	Grau III ( )	Grau IV ( )

### Arco maxilar



### Análise facial



**Padrão Facial:** Braqui ( ) Meso ( ) Dólico ( )

### Articulação Temporomandibular

Estalos:

Direita ( ) Esquerda ( )

Dor:

Direita ( ) Esquerda ( )

Zumbido:

Direita ( ) Esquerda ( )

Sensação de ouvido entupido (plenitude)

Direita ( ) Esquerda ( )

**Bruxismo:** Sim ( ) Não ( )



## Polissonografia

Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso no exame: \_\_\_\_\_

### Eventos respiratórios

IAH: _____	IDR: _____
Índice de apneia: _____	Índice de hipopneia: _____
Mais longa apneia: _____	Mais longa hipopneia: _____
Média tempo apneia: _____	Média tempo hipopneia: _____
Índice de apneia obstrutiva: _____	Índice de ap. central / mista: _____
Índice de ap / hip em supino: _____	Índice de ap / hip em lateral: _____
Paciente tem apneia central sem obstrutiva? ( ) Sim	( ) Não

### Saturação:

Saturação acordado média: _____	Saturação média dormindo: _____
Satura mínima: _____	Abaixo de 90% : _____ %
Abaixo de 80% : _____ %	Abaixo de 70%, 60%... : _____ %

### Qualidade do sono

	Norma		Norma
NR1 _____	2% a 5%	NR2 _____	45% a 55%
NR3 _____	15% a 25%	REM _____	20% a 25%
Eficiência do sono _____	> 80%	N. despertares _____	< 15
Latência REM _____	70/120 min	N. microdesp. _____	< 15

### Referencia cardiovascular

Apresentou respiração Cheyne Stokes: ( ) Sim ( ) Não  
 Apresentou arritmia cardíaca: ( ) Sim ( ) Não

### Movimento de pernas

Índice de movimentos periódicos das pernas: \_\_\_\_\_  
 Índice de movimentos dos membros: \_\_\_\_\_  
 Paciente tem movimento de perna e SAOS? ( ) Sim ( ) Não

### Extras

Intrusão de alfa em delta? ( ) Sim ( ) Não  
 Sono REM sem atonia? ( ) Sim ( ) Não  
 Maior quantidade de sono REM na 1ª metade do sono? ( ) Sim ( ) Não