***Анкета по сну***

**Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Возраст\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Рост\_\_\_\_\_\_\_\_см Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг Вес 1 год назад\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг**

**Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тел.дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Прочитайте, пожалуйста, внимательно указания по заполнению анкеты!**

Если необходимо ответить «**Да**» или «**Нет**», то обведите правильный ответ кружком. Если необходимо выбрать ответ из списка, то укажите правильный ответ крестиком в скобках (+)

**Удовлетворены ли Вы в общем качеством ночного сна? Да / Нет**

**Если у вас имеются проблемы со сном, то в течение какого времени? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_недель**

**Сколько сигарет Вы обычно выкуриваете в день?\_\_\_\_шт. Как давно Вы курите?\_\_\_\_лет\_\_\_\_\_мес.**

**Отмечаются ли у Вас следующие симптомы?**

Трудности с засыпанием Да / Нет Раздражительность Да / Нет

Пробуждения среди ночи Да / Нет Храп Да / Нет

Беспокойный сон Да / Нет Всхрапывания Да / Нет

Неосвежающий сон Да / Нет Остановки дыхания во сне Да / Нет

Сухость во рту по утрам Да / Нет Пробуж. от нехватки воздуха Да/ Нет

Ночная потливость Да / Нет Снижение потенции Да / Нет

Разбитость по утрам Да / Нет Снижение секс. желания Да / Нет

Головная боль по утрам Да / Нет Изжога по ночам Да / Нет

Дневная сонливость Да / Нет Ночное мочеисп (>1 раза) Да / Нет

Снижение работоспособности Да / Нет Перебои в сердце ночью Да / Нет

**Беспокоит ли Вас заложенность носа? Днём:** Да / Нет **Ночью:** Да / Нет

**В настоящее время в каком положении Вы храпите: ( ) только на спине ( ) на правом боку ( ) на левом боку ( ) в любом положении**

**Принимаете ли Вы снотворные? Да / Нет. Какие, в каких дозах и как часто\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сколько чашек Вы употребляете в день чая\_\_\_\_\_, кофе\_\_\_\_\_\_\_\_?**

**Имеется ли у Вас:**

( ) Хронический бронхит ( ) Сахарный диабет

( ) Хронический тонзиллит ( ) Гипертоническая болезнь

( ) Хронический гайморит ( ) Сердечная недостаточность

( ) Аллергический ринит ( ) Ишемическая болезнь сердца

( ) Ожирение ( ) Нарушения сердечного ритма

( ) Гипотериоз ( ) Дыхательная недостаточность

**Переносили ли Вы:**

( ) Инфаркт миокарда ( ) Удаление аденоидов

( ) Травмы носа ( ) Операции на лёгких

( ) Удаление миндалин ( ) Хирургическое лечение храпа ( ) Инсульт

Если да, то в каком году\_\_\_\_\_\_.