

**CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PARA EL CONTROL DE
PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CPAP-BPAP QUE SOLICITAN
INFORME PARA TRÁFICO.**

Nombre y apellidos _____
Nº SIP _____ Nº DNI: _____

FIRMA:

Tipo de conductor:

- a) Profesional.
- b) Habitual
- c) Esporádico

Horario habitual de conducción:

- a) Por la mañana
- b) Por la tarde
- c) Por la noche
- d) A mediodía

Frecuencia de conducción:

- a) Conduce casi todos los días.
- b) Conductor de fin de semana.
- c) Habitualmente sólo viajes.

Número de horas de sueño en las que se pone la CPAP/BPAP:

- A) de 0 a 2 horas.
- B) De 2 a 4 horas.
- C) De 4 a 6 horas.
- D) Más de 6 horas.

Medicación que está tomando en la actualidad:

***No olvide rellenar la ESCALA DE SOMNOLENCIA DIURNA que se encuentra en el
reverso de este cuestionario.***

ESCALA DE SOMNOLENCIA DIURNA DE EPWORTH

Cuál es la tendencia o probabilidad de que Ud. de una cabezada, se adormile o se quede dormido durante el día. Esta pregunta se refiere a su situación en los últimos tiempos. Aunque no haya hecho alguna de estas cosas que se preguntan, trate de manifestar como la afectarían.

SITUACIÓN	NUNCA SE ADORMILARÍA	POCAS POSIBILIDADES ADORMILARSE	ES POSIBLE ADORMILARSE	GRANDES POSIBILIDADES ADORMILARSE
1. Sentado leyendo un periódico, una revista, un libro				
2. Viendo la televisión				
3. Sentado sin hacer nada en un lugar público (por ej. Cine, reunión familiar, ceremonia religiosa)				
4. Como pasajero en un coche una hora seguida.				
5. Acostado tranquilo por la tarde cuando las circunstancias lo permiten.				
6. Sentado hablando con alguien.				
7. Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol				
8. En un coche al pararse unos minutos por el tráfico.				