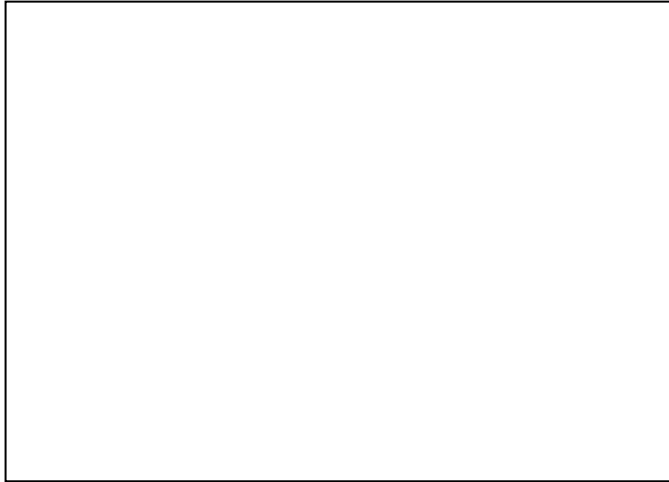


Aan:



Geachte heer, mevrouw,

U bent verwezen voor een WatchPAT slaaponderzoek of voor een telefonisch intake gesprek.

Hieraan voorafgaand 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).

Alléén bij volledig ingevulde en geretourneerde formulieren zullen wij telefonisch contact met u opnemen om de afspraak voor u in te plannen. U krijgt dan het afsprakenkaartje zo spoedig mogelijk opgestuurd.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Slaapcentrum Groene Hart Ziekenhuis

Groene Hart Ziekenhuis
Bleulandweg 10
2803 HH Gouda

email: slaapcentrum@ghz.nl
tel: 0182-505008

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

- 0 = ik zou nooit indutten
1 = ik zou af en toe indutten
2 = ik zou vrij vaak indutten
3 = ik zou altijd indutten

Situatie	0	1	2	3
Tijdens zitten of lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij televisie kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buitenshuis tijdens vergadering, bioscoop of cafébezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens een één uur durende autorit als bijrijder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rustig liggend, wanneer de omstandigheden slapen toestaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens bezoek of een gesprek met iemand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In aansluiting aan een warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In de auto tijdens wachten (voor een stoplicht of file)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totaal ESS Score

Indien u niet recentelijk één van de bovenstaande situaties heeft meegemaakt, probeert u zich dan in te denken hoe u zich zou voelen.

Dank u voor uw medewerking

Stop-Bang vragenlijst.

Deze vragenlijst bepaalt het risico op het hebben van slaapapneu. De naam is afgeleid van de beginletters van de vragen in het engels : **S**noring, **T**iredness, **O**bserved **A**pnea's, **P**ressure, **B**MI, **A**ge, **N**eck Circumference, **G**ender.

Indien u 3 of meer vragen met 'ja' hebt beantwoord heeft u een groter risico op het hebben van het Obstructieve Slaapapneu Syndroom (OSAS).

De uitkomst geeft een eerste indicatie of u verhoogde kans op slaapapneu heeft. Daarnaast is natuurlijk belangrijk óf, en zo ja welke klachten u heeft. Dit bespreken we op de intake-poli.

1. Snurkt u luid (luider dan praten en luid genoeg om door een dichte deur gehoord te worden)?

☐ Ja ☐ Nee

2. Voelt u zich overdag vaak vermoeid, niet uitgerust of slaperig?

☐ Ja ☐ Nee

3. Heeft iemand waargenomen dat u tijdens uw slaap stopte met ademen?

☐ Ja ☐ Nee

4. Heeft u hoge bloeddruk of wordt u daarvoor behandeld?

☐ Ja ☐ Nee

5. Is uw BMI hoger dan 35?

☐ Ja ☐ Nee

6. Bent u ouder dan 50?

☐ Ja ☐ Nee

7. Is uw nekomtrek (boordmaat) groter dan 40 cm?

☐ Ja ☐ Nee

8. Bent u man?

☐ Ja ☐ Nee

Zondag op maandag

Voorbeeld

Datum: 3-5

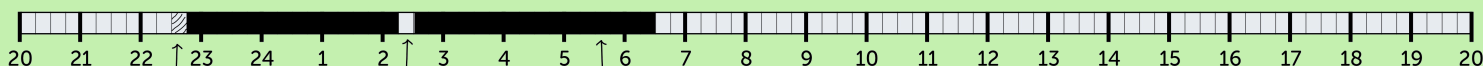
Aantal uren in bed: 7.45

Aantal uren slaap: 7.30

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? 6

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: 8

Eventuele bijzonderheden: wakker geworden van onweer



Vul streepjes in als u wakker in bed lag

Laat de vakjes leeg als u wakker was en uit bed

Kleur een vakje volledig in als u sliep. 1 vakje = 15 minuten

Groene Hart Ziekenhuis
Open voor iedereen

Zondag op maandag

Datum: ____-____

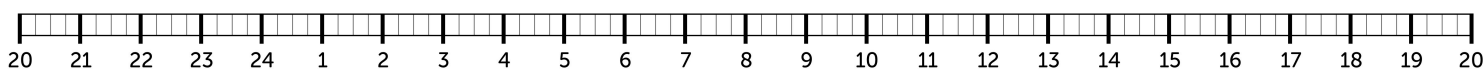
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Maandag op dinsdag

Datum: ____-____

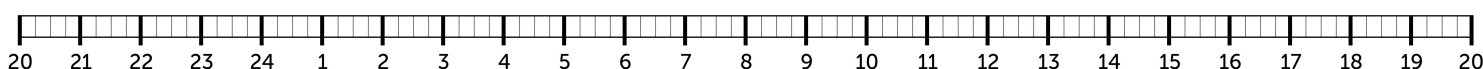
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Dinsdag op woensdag

Datum: ____-____

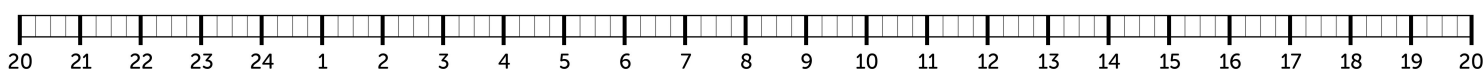
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Woensdag op donderdag

Datum: ____-____

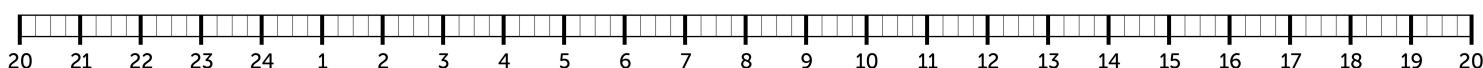
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Donderdag op vrijdag

Datum: ____-____

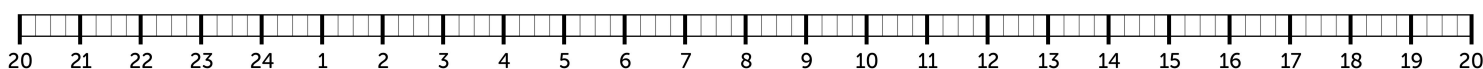
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Vrijdag op zaterdag

Datum: ____-____

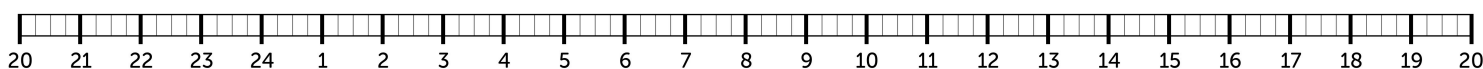
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Zaterdag op zondag

Datum: ____-____

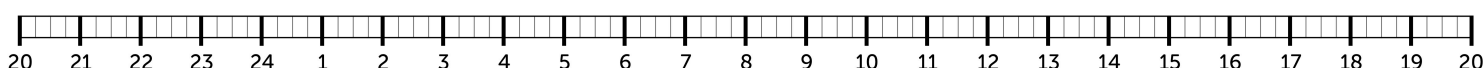
Aantal uren in bed: _____

Aantal uren slaap: _____

Hoe voelt u zich vanmorgen, op een schaal van 1-10? _____

Hoe goed heeft u vannacht geslapen, op een schaal van 1-10?: _____

Eventuele bijzonderheden: _____



Intake slaapanamnese

Email adres:

Telefoonnummer overdag:

Lengte: _____

Gewicht: _____

Nekomvang: _____ cm

Reden bezoek:

Verwijzer: _____

Reden doorverwijzing: _____

Wanneer zijn de klachten ontstaan?

Huidige medicatie en dosering:

Slaap-anamnese:

Slaap:

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? _____

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

Sociale anamnese:

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? _____

Werkt u in ploegendienst? _____

Overig:

Koffie/thee _____ per dag

Alcohol _____ per week

Energiedrankjes/cola _____ per dag

Drugs _____ per week, welke? _____

Roken _____ per dag, sinds _____

Wilt u voor elk van de 32 uitspraken op de volgende pagina's aangeven in hoeverre deze op u van toepassing zijn?

Omcirkel één van de antwoordmogelijkheden:

- 1 = helemaal niet van toepassing
- 2 = meestal niet van toepassing
- 3 = soms wel, soms niet van toepassing
- 4 = meestal wel van toepassing
- 5 = 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.

Voorbeeld:

Ik word 's morgens uitgeput wakker.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Als u zich 's morgens bij het opstaan meestal / vaak uitgeput voelt, kiest u een '4'.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1. Ik heb overdag last van vermoeidheid.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Wanneer ik in bed ga liggen heb ik een vervelend kriebelig, brandend of jeukend gevoel in mijn benen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Ik word 's morgens met een droge mond wakker.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Ik word 's nachts plotseling wakker, met een schreeuw en/of hevig transpirerend, en maak een angstige indruk.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. 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	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Als ik "rusteloze benen" heb, kan ik dit gevoel onderdrukken door te lopen of mijn benen te strekken.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. De kwaliteit van mijn slaap is slecht en ik voel me 's morgens dan ook niet uitgerust.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Als ik rustig zit, vooral 's avonds, voel ik de drang om mijn benen te bewegen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Tijdens mijn slaap lig ik met mijn benen of armen te bewegen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Ik lig 's nachts lang wakker.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Tijdens mijn slaap heb ik last van schoppende beenbewegingen die ik onmogelijk kan onderdrukken.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Ik maak me zorgen over de gevolgen van mijn slechte slaap (bijvoorbeeld voor mijn gezondheid).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Ik kan 's avonds moeilijk in slaap komen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. 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	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Ik krijg onvoldoende slaap, ondanks dat ik volop gelegenheid heb om lang te slapen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Ik heb regelmatig een levendige droom waarin ik word aangevallen en me dan verdedig met wilde bewegingen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Ik stop met ademen tijdens mijn slaap.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Ik snurk luid tijdens mijn slaap.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Ik schrik 's nachts wakker met het gevoel te stikken.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Ik heb last van nachtmerries of angstige dromen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Omdat ik te weinig slaap krijg, functioneer ik overdag minder goed.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Ik heb mezelf tijdens mijn slaap wel eens verwond, zonder me dat achteraf te herinneren.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. In de loop van de dag val ik herhaaldelijk in slaap.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Ik word regelmatig verward halfwakker en maak dan slaande bewegingen.
Ik herinner mij er later vrijwel niets van.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Na een dutje overdag voel ik me niet uitgerust.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. 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	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Als ik 's nachts wakker moet blijven, slaap ik overdag slecht.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Ik slaap 's nachts gewoonlijk meer dan 10 uur, heb moeite om 's morgens wakker te worden en doe overdag ook dutjes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Ik krijg overdag slaapaanvallen, die zó hevig zijn dat ik ze niet kan weerstaan.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Mijn tijd van inslapen wisselt sterk van dag tot dag.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. Ik heb last van slaapwandelen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Ik val overdag ongewild in slaap, vooral in een saaie situatie (bijvoorbeeld bij een saai tv-programma).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---