

**TERMIN PRZYJĘCIA DO KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH,
ZAWODOWYCH, METABOLICZNYCH I ENDOKRYNOLOGII UCMMiT**

W wyznaczonym dniu przyjęcia proszę zgłosić się z niniejszą kartką do szpitala do Izby Przyjęć UCMMiT ok. godz. 19:30 wieczorem.

- ➔ po spożyciu kolacji (w szpitalu wieczorem nie jest przewidziany posiłek)
- ➔ po przyjęciu wieczornych leków przyjmowanych na stałe

Przewidywany wypis: następnego dnia ok. godz. 8:00 – 10:00.

- **UWAGA:** w miarę możliwości przed hospitalizacją prosimy o odbycie konsultacji laryngologicznej celem wykluczenia ewentualnych laryngologicznych przyczyn obturacji dróg oddechowych. Konsultację należy zorganizować we własnym zakresie (skierowanie od lekarza POZ lub lekarza kierującego).
- **UWAGA:** konieczne jest zgolenie zarostu okolicy brody i szyi.

KOD SKIEROWANIA				
LEKARZ KWALIFIKUJĄCY				

Co zabrać do szpitala?

Dokumenty niezbędne aby zostać przyjętym na oddział to:

- dowód tożsamości
- poprzednie wypisy ze szpitala
- poprzednie wyniki badań
- **wypełnione ankiety dołączone do niniejszej karty kwalifikacyjne**

Inne rzeczy potrzebne podczas pobytu w szpitalu:

- kapcie lub klapki
- piżama lub koszula nocna
- przybory toaletowe

Ankieta do wypełnienia przez pacjenta / opiekuna przed przyjęciem do szpitala!!!

1. CHOROBY PRZEWLEKŁE: nie ☐ tak ☐ *jeśli tak proszę zaznaczyć jakie*

☐	Nadciśnienie tętnicze	☐	Nadczynność tarczycy	☐	Niewydolność serca.
☐	Cukrzyca	☐	Przewlekła choroba nerek / niewydolność nerek	☐	Migotanie przedsionków / arytmia
☐	Hipercholesterolemia	☐	Astma	☐	Wszczepiony stymulator serca.
☐	Przewlekły zespół wieńcowy (choroba wieńcowa / choroba niedokrwienności serca)	☐	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)	☐	Niedoczynność tarczycy
☐	Choroba refluksowa	☐	Depresja	☐	Przewlekły alergiczny nieżyt nosa

☐ Inne:.....
.....

Kwestionariusz STOP-Bang

1. CHRAPANIE

☐ Tak ☐ Nie

Czy chrapią Państwo głośno (na tyle głośno, że słyhać przez zamknięte drzwi, lub partner(ka) szturcha Państwa w nocy za chrapanie)?

2. ZMĘCZENIE

☐ Tak ☐ Nie

Czy często czują się Państwo zmęczeni, wyczerpani lub śpiący w trakcie dnia (np. zasypianie podczas prowadzenia pojazdu)?

3. SPOSTRZEŻENIA INNYCH

☐ Tak ☐ Nie

Czy ktoś zauważył, że przestali Państwo oddychać lub dusili / krztusili się we śnie?

4. CIŚNIENIE

☐ Tak ☐ Nie

Czy mają Państwo nadciśnienie lub przyjmują leki na nadciśnienie?

5. WSKAŹNIK MASY CIAŁA *

☐ Tak ☐ Nie

Wskaźnik masy ciała (BMI) powyżej 35 kg/m²?

6. WIEK

☐ Tak ☐ Nie

Wiek powyżej 50 lat?

7. OBWÓD SZYI

☐ Tak ☐ Nie

Duży obwód szyi? (mierzony na wysokości jabłka Adama) Dla mężczyzn – czy rozmiar kołnierzyka to 43 cm lub większy? Dla kobiet – czy rozmiar kołnierzyka to 41 cm lub większy?

8. PŁEĆ

☐ Tak ☐ Nie

Czy jesteś mężczyzną?

SKALA SENNOSCI EPWORTH

Proszę określić, jak duże było w ostatnim czasie prawdopodobieństwo zaśnięcia w wymienionych poniżej sytuacjach, w odróżnieniu od uczucia ogólnego zmęczenia. Jeśli Pan/i nie wykonywał/a tych czynności w ostatnim czasie, proszę je sobie wyobrazić i określić, jak wpłynęłyby one na Pana/ią.

Proszę posłużyć się poniższą skalą od 0 do 3 i wybrać cyfrę najbardziej pasującą do każdej sytuacji:

0 = zerowe prawdopodobieństwo zaśnięcia

1 = małe prawdopodobieństwo zaśnięcia

2 = średnie prawdopodobieństwo zaśnięcia

3 = duże prawdopodobieństwo zaśnięcia

Sytuacja	Proszę zakreślić właściwą odpowiedź			
Siedzenie i czytanie	0	1	2	3
Oglądanie telewizji	0	1	2	3
Bierne siedzenie w miejscach publicznych (np. w teatrze, na zebraniu)	0	1	2	3
Jako pasażer w samochodzie, jadąc przez godzinę bez odpoczynku	0	1	2	3
Leżenie i odpoczywanie po południu, jeśli okoliczności na to pozwalają	0	1	2	3
W czasie rozmowy, siedząc	0	1	2	3
Spokojne siedzenie po obiedzie bez alkoholu	0	1	2	3
W samochodzie, podczas kilkuminutowego postoju w korku lub na czerwonym świetle	0	1	2	3
Suma punktów				