



9385

**Waterbury
HEALTH****WATERBURY HOSPITAL
REGIONAL SLEEP LABORATORY
PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE**//
/

SLEEP STUDY DATE _____

Name: _____ Date of Birth: _____ Weight: _____ Height: _____

Send report to Dr.: _____

Describe your problem: _____
_____List any current medical or psychological problems: _____

Usual Bed Times: Weekdays _____ AM/PM to _____ AM/PM

Weekends _____ AM/PM to _____ AM/PM

List all your medications and the dose of each: _____

_____Do you fall asleep in the evening before bedtime? ☐ No ☐ Occasionally ☐ Frequently

About how many hours of actual sleep do you get? Weeknights: _____ Weekends: _____

How many times do you get up to go to the bathroom most nights? _____

Occupation: _____ ☐ No current employment ☐ Retired

If working, usual hours are: _____ AM/PM to _____ AM/PM

Different shifts? ☐ No ☐ Yes (describe) _____

Other work hours: _____

How many days a week do you nap? _____ At what time? _____ For how long? _____

Weight history: Current _____ 1 year ago _____ 5 years ago _____

Do you use oxygen? ☐ No ☐ Yes If yes, what setting? _____ ☐ Daytime ☐ Nights ☐ 24H/Day

List any special needs you may have: _____

List any medications that have caused an allergic reaction: _____
_____Previous sleep study: ☐ No ☐ Yes If yes, Where: _____ Date: _____ Result: _____

Have you been given any treatment in the past for snoring, sleep apnea, or other sleep-related problem?

☐ No ☐ Yes If yes, describe: _____If you were given CPAP, do you use it? ☐ Always ☐ Usually ☐ Occasionally ☐ Never

Reason for not using: _____

If this is a repeat study, are there any changes since this form was originally completed?

☐ No ☐ Yes If yes, describe: _____

//
/



WATERBURY HOSPITAL
REGIONAL SLEEP LABORATORY
PATIENT HISTORY QUEST ONNAIRE

How commonly do you experience any of the following?

Symptoms	Never	Rarely	Occasionally	Often
Restless legs before or at bed time				
Difficulty getting to sleep				
Difficulty remaining asleep				
Waking up because of snoring				
Awakening with a gasp				
Awakening short of breath				
Awakening with anxiety or panic				
Breathing pauses				
Waking up with heartburn or acid reflux				
Night sweats or hot flashes				
Dreams of exertion or drowning				
Dreams beginning before you are asleep				
Repeating or violent dreams				
Fatigue on awakening				
Morning headache				
Morning dry mouth				
Have you been told by others that you do any of the following during sleep?				
Snore loudly				
Gasp				
Stop breathing				
Talk, walk, or eat				
Kick your legs				
Do you experience:				
Sleepiness through the day				
Fatigue				
Nasal congestion				
Difficulty with memory				
Poor concentration				
Increased irritability				
Depression				
Reduced sex drive or performance (men)				
Becoming drowsy while driving				
Needing to pull over to nap				
Falling asleep driving				
Sudden weakness brought on by:				
Anger, laughter, or other strong emotion				

//
/



WATERBURY HOSPITAL
REGIONAL SLEEP LABORATORY
PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE

Has sleepiness caused an auto accident within the past two years? ☐ No ☐ Yes

If yes, describe: _____

Average alcohol consumption: ☐ None

Bottles of beer (#)	☐ Daily	☐ Weekly	☐ Monthly	☐ Yearly
Glasses of wine (#)	☐ Daily	☐ Weekly	☐ Monthly	☐ Yearly
Shots of spirits (#)	☐ Daily	☐ Weekly	☐ Monthly	☐ Yearly

List any recreational drug use and frequency: _____ ☐ None

Tobacco smoking history: ☐ Never ☐ Former: _____ Pack/Day for _____ years quit date: _____
☐ Current: _____ Pack/Day for _____ years

Do you drink caffeinated beverages? ☐ No ☐ Yes If yes, _____ ounces or _____ servings/day

Family History: ☐ Severe snoring ☐ Sleep apnea ☐ Restless legs ☐ Insomnia ☐ Narcolepsy

Have you ever had any of the following? (If Yes, give approximate dates)

Admission to hospital in coma from head injury	☐ No	☐ Yes	_____
Brain Surgery	☐ No	☐ Yes	_____
Meningitis or encephalitis	☐ No	☐ Yes	_____
Stroke	☐ No	☐ Yes	_____
Hay fever or recurrent sinus infections	☐ No	☐ Yes	_____
Nasal surgery	☐ No	☐ Yes	_____
Tonsils or adenoids removed	☐ No	☐ Yes	_____
Surgery for snoring or sleep apnea	☐ No	☐ Yes	_____
Seizures	☐ No	☐ Yes	_____

Additional comments or information you feel important for us to know: _____

Is it essential for you to be awakened at a specific time? ☐ No ☐ Yes _____

If you have a Living Will or other health care directive, please bring a copy with you.

Be sure to bring all of your regular and necessary medications with you.

The Sleep Lab has no medications available.

PLEASE BRING THIS FORM WITH YOU TO YOUR SLEEP APPOINTMENT

Waterbury Hospital Regional Sleep Lab

1625 Straits Turnpike

Suite 305

Middlebury, CT 06762

Tel: (203) 598-7399

Fax: (203) 575-5185



9386

**Waterbury
HEALTH****WATERBURY HOSPITAL
REGIONAL SLEEP LABORATORY
PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE**

SLEEP STUDY DATE: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Peso _____ Altura _____

Envíe el informe al Dr. _____

Describa su problema _____

_____Problemas médicos o psicológicos _____

_____Tiempos generalmente de la cama _____
Días laborables _____ AM/PM a _____ AM/PM
Fines de semana _____ AM/PM a _____ AM/PMTodas sus medicaciones y la dosis de cada uno _____

¿Usted se cae a dormido por la tarde antes de hora de acostarse? No. De vez en cuando Con frecuencia

Cuántas horas de sueño real usted consiguen: Entre semana _____ Fines de semana: _____

¿Cuántas veces usted se levanta para ir al cuarto de baño la mayoría de las noches? _____

Ocupación _____ Retirado _____ Desempleano _____

Si trabajan, las horas generalmente son: _____ AM/PM a _____ AM/PM

¿Diversos cambios? No. Sí (describa) _____

Otro trabaja horas _____

¿Cuántos días a la semana usted toma ciesta? _____ ¿A que hora? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Historia del peso Actual _____ Hace 1 año _____ Hace 5 años _____

Usted utiliza el oxígeno No. Sí--> ¿Qué ajuste? _____ Día Noches 24H/Day

Cualquier necesidad especial que usted pueda tener _____

Cualquier medicación que haya causado una reacción alérgica _____

Estudio anterior del sueño No. Sí--> Donde _____ Fecha _____ Resultado _____

¿Le han dado tratamiento en el pasado para roncar, el apnea de sueño, o el otro problema dormir-relacionado?

No. Sí--> Describa _____

Si le dieron CPAP, usted lo utiliza: Siempre Generalment De vez en cuan Nunca

Razón de no usando _____

¿Si esto es un estudio de la repetición, hay cambios desde que este fue llenada el formulario originalmente?

No. Sí-->

**WATERBURY HOSPITAL
REGIONAL SLEEP LABORATORY
PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE**

¿Usted experimenta cualquiera de estos síntomas ?

Síntomas	Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo
Piernas agitadas antes o en del tiempo de la cama				
Dificultad que consigue dormir				
Dificultad que sigue dormida				
Despierta debido a roncar				
Despierta con un grito de asombro				
Despierta brevemente de la respiración				
Despierta con ansiedad o pánico				
Pausas de respiración				
El despertar con reflujo del ardor de estómago o del ácido				
En la noche suda o los flashes calientes				
Sueños del esfuerzo o del ahogamiento				
Sueños que comienzan antes de usted están dormidos				
Repetición o sueños violentos				
Fatiga en despertar				
Dolor de cabeza de la mañana				
Boca seca de la mañana				
¿Otros le han dicho que usted hace lo siguiente durante sueño?				
Ronquido en alta voz				
Grito de asombro				
Pare el respirar				
Hable, camine o coma				
Golpee sus piernas con el pie				
Usted experimenta:				
Somnolencia con día				
Fatiga				
Congestión nasal				
Dificultad con memoria				
Concentración pobre				
Irritabilidad creciente				
Depresión				
Impulsión de sexo o funcionamiento reducida (hombres)				
El llegar a ser soñoliento mientras que conduce				
Necesidad tirar encima a la siesta				
Conducción dormida descendente				
Debilidad repentina producida por:				
Enojo, risa, o la otra emoción fuerte				

¿La somnolencia ha causado un accidente de auto en los últimos dos años? No ☐ Si ☐

Si sí, describa _____

Consumición de alcohol

Ninguno

Botellas de cerveza (#)	Diario	Semanal	Mensual	Anualmente
Vasos de vino (#)	Diario	Semanal	Mensual	Anualmente
Tiros de bebidas (#)	Diario	Semanal	Mensual	Anualmente

Cualquier uso y frecuencia recreacionales droga _____ Ninguno

Historia del consumo de tabaco Ninguno Anterior: _____ Paquete/día para _____ Años Pare la fecha _____
Corriente: _____ Paquete/día para _____ Años

¿Usted bebe las bebidas de Caffeinated? No ☐ Sí--> _____ Onzas o _____ Porciones/día

Antecedentes familiares: El roncar severo _____ Apnea de sueño _____ Piernas agitadas _____
Insomnio _____ Narcolepsy _____

¿Usted ha tenido uno de los siguiente?: (Si sí, dé las fechas de aproximación)

Admisión al hospital en coma de la lesión en la cabeza	No.	Sí	_____
Cirugía de cerebro	No.	Sí	_____
Meningitis o encefalitis	No.	Sí	_____
Movimiento	No.	Sí	_____
Fiebre de heno o infección recurrente del seno	No.	Sí	_____
Cirugía nasal	No.	Sí	_____
Las amígdalas o las vegetaciones adenoideas quitaron	No.	Sí	_____
Cirugía para el Apnea de roncar o de sueño	No.	Sí	_____
Asimientos	No.	Sí	_____

Comentarios o información adicionales que usted siente importante para que sepamos _____

¿Es esencial que usted sea despertado en un momento específico? No ☐ Si: ☐

Si usted tiene la vida o el otro directorio del cuidado médico, traerá por favor una copia con usted.

Esté seguro de traer todas sus medicaciones regulares o necesarias con usted.

El laboratorio del sueño no tiene ninguna medicación disponible.

TRAIGA POR FAVOR ESTA FORMA CON USTED A SU CITA DEL SUEÑO

Waterbury Hospital Regional Sleep Lab
1625 Straits Turnpike
Suite 305
Middiebury, CT 06762