Vairuotojų sveikatos tikrinimo

 reikalavimų ir tvarkos aprašo

 priedas

**KLAUSIMYNAS DĖL OBSTRUKCINĖS MIEGO APNĖJOS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pildymo data)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Lytis | Vyras Moteris  |
| 2. | Amžius |  |
| 3. | Svoris |  |
| 4. | Ūgis |  |
| 5. | Ar vairuodamas buvote užsnūdęs? | Taip Ne Nežinau |
| 6. | Ar buvote patekęs į rimtą autoįvykį (buvote sužeitas ar buvo sudaužyta transporto priemonė) dėl mieguistumo per pastaruosius 3 metus? | Taip Ne Nežinau |
| 7. | Ar Jūs knarkiate beveik kiekvieną naktį? | Taip Ne Nežinau |
| 8. | Ar kas nors Jums yra sakęs, kad nustojate kvėpuoti miego metu? | Taip Ne Nežinau |
| 9. | Ar atsibundate pailsėjęs po nakties miego? | Taip Ne Nežinau |
| 10. | Ar Jūsų kraujo spaudimas būna padidėjęs arba vartojate vaistus, skirtus kraujo spaudimui mažinti? | Taip Ne Nežinau |

\* Klausimynas dėl obstrukcinės miego apnėjos ir *Epworth* mieguistumo skalė turi būti atspausdinta ant vieno lapo iš abiejų pusių.

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę kitoje lapo pusėje \*.

***EPWORTH* MIEGUISTUMO SKALĖ**

 Parašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę, skirtą tikimybei, kad Jūs užsnūsite ar užmigsite, esant situacijoms, pateiktoms toliau esančioje lentelėje, neatsižvelgiant į nuovargį, įvertinti. Atsakymai turi apibūdinti Jūsų šių dienų gyvenimo būdą. Jeigu Jūs paskutiniu laiku nebuvote tokiose situacijose, pabandykite įsivaizduoti, kaip jose jaustumėtės. Į lentelės balų skiltį įrašykite vieną iš skalėje pateiktų labiausiai kiekvienai situacijai tinkančių skaičių:

 0 = niekada nesnaudžiu

 1 = nedidelė galimybė užsnūsti

 2 = vidutinė galimybė užsnūsti

 3 = didelė galimybė užsnūsti

|  |  |
| --- | --- |
| **Situacija** | **Balai** |
| Sėdint ir skaitant |  |
| Žiūrint televizorių |  |
| Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz., teatre ar susitikime) |  |
| Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje |  |
| Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės |  |
| Sėdint ir su kuo nors kalbantis |  |
| Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų |  |
| Vairuojant automobilį, stabletėjus kelioms minutėms spūsties metu |  |

 Užtikrinu, kad mano pateikta informacija yra teisinga, ir suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( parašas) ( vardas, pavardė )

**Pastaba.** Klausimynas įdedamas į Asmens sveikatos istoriją „F 025/a“