

Cuestionario factores descanso nocturno

Paciente:		Edad:	
Sexo:		Escala Atenas	
Peso:		Lesión y nivel de lesión	
Medicación inductora: S/N		¿Precisa CCPP u otras intervenciones?	
Medicación que pueda interferir con descanso (listado posterior)		Férulas:	
¿Portador de dispositivos (CPAP, pulsi, etc.)?		Eliminación vesical: pañal/SVP/ colector/ Botella/WC	
Habitación individual (I) o compartida (C):		Habitación de ingreso (UO y habitaciones próximas al control)	
Acompañado por la noche (familiar/cuidador)			

Antecedentes de insomnio:	SI ¿Medicación? _____	NO
¿Duerme siesta de forma habitual?	SI Duración: _____ -	NO
Apneas	SI ¿Interfiere en el descanso? _____	NO
Si es portador VMNI/VMI, ¿duerme mejor?	SI	NO
Menopausia (mujer)	SI	NO
Tratamiento hormonal	SI	NO
Fumador	SI Cantidad diaria: _____ ¿Fuma antes de dormir? _____	NO
Tratamiento con nicotina	SI	NO
Dolor	SI ¿Le despierta el dolor? _____	NO
Espasticidad	SI ¿Interfiere en el descanso? _____	NO
¿Padece ansiedad?	SI	NO
Micción Voluntaria Fugas	¿Se despiertas al realizar micción o presentar fugas? Si / NO ¿Le cuesta volver a dormirse? SI / NO	NO
Dieta rica en grasas	SI	NO
Bebidas excitantes por la tarde/noche	SI ¿Cuál?	NO
¿Le molesta el ruido para dormir?	SI	NO
¿Le molesta la luz para dormir?	SI	NO
¿La temperatura de la habitación le influyen en el descanso nocturno?	SI Calor Frío	NO
¿Utiliza dispositivos tecnológicos antes de ir a dormir descansar?	SI	NO

DIARIO DEL DOLOR

NOMBRE:

DIA:

SIESTA

21	22	23	00	1	2	3	4	5	6	7	8	9

HORA DE INICIO SUEÑO: ↓

HORAS DE SUEÑO: ← →

HORA DESPERTAR: ↑

DESPERTARES (si conoce la hora aprox.): ↑ ↑

SIESTA: ✕

PERCEPCIÓN DESPERTARES:

- influyen en el descanso nocturno:

- SI
- NO