

| IDENTIFICAÇÃO | |
|---|---|
| A. ID doente: | B. CHLN: |
| C. Data de assinatura do consentimento informado: ___ / ___ / ___ | |
| D. Data de nascimento: ___ / ___ / ___ | Idade: _____ |
| E. Genero: | |
| <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino | |
| ENTREVISTA CLÍNICA | |
| F. Motivo de internamento: _____ | |
| G. Data de internamento: _____ | Nº de dias de internamento: _____ |
| H. Medicação sedativa/indutora do sono pré internamento: (registar dose) | |
| 1 Benzodiazepinas curta acção _____ | 6 Zolpidem _____ |
| 2 Benzodiazepinas media acção _____ | 7 Trazodona _____ |
| 3 Benzodiazepinas longa acção _____ | 8 Mirtazapina _____ |
| 4 Hidroxizina _____ | 9 Outro: _____ |
| 5 Neurolépticos _____ | 10. Nenhum _____ |
| I. Medicação sedativa/indutora do sono NO internamento: (registar dose) | |
| A. Em SOS _____ | B. Esquema fixo _____ |
| 1 Benzodiazepinas curta acção _____ | 6 Zolpidem _____ |
| 2 Benzodiazepinas media acção _____ | 7 Trazodona _____ |
| 3 Benzodiazepinas longa acção _____ | 8 Mirtazapina _____ |
| 4 Hidroxizina _____ | 9 Outro: _____ |
| 5 Neurolépticos _____ | 10. Nenhum _____ |
| J. Ricards-Campbell Sleep Questionnaire (ver anexo): | |
| 1 - O meu sono na noite passada foi: _____ (cm) | |
| 2 - Na noite passada, a primeira vez que tentei dormir eu: _____ (cm) | |
| 3 - 3 - Na noite passada eu estive: _____ (cm) | |
| 4 - Na noite passada, quando acordei ou fui acordado, eu: _____ (cm) | |
| 5 - Descreveria o meu sono na noite passada, como: _____ (cm) | |
| 6 - Descreveria o nível de ruído da noite passada como: _____ (cm) | |
| K. Quais dos seguinte factores perturbaram mais o seu sono na noite passada: | |
| 1. Ruído do equipamento _____ | 2. Conversa dos profissionais _____ |
| 3. Procedimentos efetuados _____ | 4. Iluminação _____ |
| 5. Administração de medicação _____ | 6. Posicionamentos _____ |
| 7. Entrada de doente novo no quarto? _____ | 8. Novo doente na enfermaria? _____ |
| 9. Descompensação médica de doente do quarto? _____ | 10. Delirium doente do mm quarto? _____ |
| 11. Outros. Quais? _____ | |
| L. Índice de qualidade do sono de Pittsburgh: | |
| _____ > 5 (má qualidade) _____ ≤5 (boa qualidade) | |
| M. Escala de sonolência de Epworth: _____ | |