Orientações para a Polissonografia Domiciliar

MedSleep
POLISSONOGRAFIA

Horário da polissonografia

Habitualmente entre 20h e 7h em casa.

Marcação do exame e dúvidas

Telefone: (21) 99522-2242

e-mail: medsleep.servmed@gmail.com

Recomendações

- Lavar a cabeça com xampu neutro (sem usar creme, condicionador ou gel);
- Se possível, barbear-se;
- Não usar creme ou óleos no rosto e no corpo, nem esmalte de cor escura;
- Evitar uso de ácidos e esfoliantes na pele 14 dias antes do exame;
- Usar roupa bem confortável (pijama) para dormir, nada apertado e sem elásticos nos punhos ou tornozelos;
- Manter uso de medicamentos (caso esteja usando), pois a suspensão deverá ser feita por solicitação prévia do seu médico;
- Evitar no dia do exame: Café, refrigerante, bebidas com cafeína e energéticos;
- Se possível, evitar cochilos durante o dia;
- Não ingerir bebidas alcoólicas 48h antes do exame;
- Após a montagem do exame, evite assistir televisão, manusear tablet ou telefones;
- Comunicar o uso de oxigênio ou aparelho para tratamento médico;
- No dia do exame, não dormir com crianças ou animais de estimação.
- No dia do exame, será solicitado o preenchimento de algumas informações, como medicamentos em uso no dia do exame e no pós-sono, por exemplo.
- Em caso de gripe, tosse, conjuntivite ou febre, o exame não poderá ser realizado;

A **Med*Sleep*** entrará em contato com o paciente no dia agendado para confirmar o exame, o endereço e o nome do profissional que irá montar e recolher o aparelho.

O número do cadastro de pessoa física (CPF) será necessário para identificação do exame e emissão da nota fiscal.

Será entregue o termo de responsabilidade sobre o equipamento antes de montar o exame.

Med*Sleep* Polissonografia

Largo do Machado, 21/218. Catete. CEP 22.221-020
www.medsleep.com.br

Contato

(21) 99522-2242
medsleep.servmed@gmail.com

Termo de responsabilidade: empréstimo de aparelho

MedSleep
POLISSONOGRAFIA

Nome do paciente

_____

Telefones para contato

_____

Equipamento: ALICE PDX-PHILIPS RESPIRONICS (REF. 1043941)

Data do exame: _____/_____/_____

Data da devolução: _____/_____/_____

Finalidade: Polissonografia domiciliar ( ) Basal ( ) Titulação de CPAP

Local de uso:

_____

_____

_____

Declaro receber o equipamento funcionando e assumir total responsabilidade por extravio ou danos verificados após a retirada do equipamento; neste caso, providenciarei o reparo ou a reposição do ítem emprestado em prazo de 30 dias a contar da data de devolução.

Rio de Janeiro _____/_____/_____

_____

assinatura do paciente

MedSleep Polissonografia

Largo do Machado, 21/218. Catete. CEP 22.221-020
www.medsleep.com.br

Contato

(21) 99522-2242
medsleep.servmed@gmail.com

Qualidade do Serviço

MedSleep
POLISSONOGRAFIA

Solicitamos que preencha o questionário a seguir, para que possamos aprimorar nosso serviço, proporcionando excelência no atendimento aos nossos pacientes. Garantimos que as informações fornecidas não influenciarão nos cuidados com o exame e serão de total sigilo. Obrigada!

Como foi o atendimento telefônico pra agendamento e confirmação do exame?

☐ Péssimo/Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

Qual foi o tempo de espera para realizar o exame?

☐ 1 semana ☐ 2 a 3 semanas ☐ 4 a 6 semanas ☐ 7 semanas ou mais

Como você avalia o tempo de espera para realização do exame a partir do horário marcado? ☐ Demorado ☐ Normal ☐ Rápido

A que horas o profissional chegou no seu domicilío? _____

Como foi o atendimento e receptividade do profissional no local do exame?

☐ Péssimo/Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

Como foi o cuidado do técnico no preparo do exame?

☐ Péssimo/Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

Como você avalia o esclarecimento de dúvidas?

☐ Péssimo/Ruim ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

Se necessário, voltará a solicitar nossos serviços? ☐ Sim ☐ Não

Recomendaria a MedSleep a outras pessoas? ☐ Sim ☐ Não

Atribua uma nota de 0 a 10 para sua satisfação global com o serviço da MedSleep: _____

Comentários e sugestões:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Pós-sono

Med Sleep
POLISSONOGRAFIA

Solicitamos que preencha o questionário a seguir. Este deverá ser entregue ao profissional que recolherá o polissonígrafo, no dia seguinte ao exame. Obrigada!

Qual foi o grau de incômodo em dormir com o polissonígrafo?

☐ Nenhum incômodo ☐ Pouco incômodo ☐ Muito incômodo

Se você se sentiu incomodado, por favor, especificar o que lhe causou incômodo:

_____

_____

Você precisou tomar algum medicamento durante esta noite?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Sentiu alguma dor esta noite?

☐ Não ☐ Sim. Onde? ☐ Coluna/ costas ☐ Braços ☐ Pernas
☐ Articulações ☐ Cabeça ☐ _____

Dormiu às _____ hs. Comparado ao seu horário habitual de sono, nesta noite você dormiu:

☐ Mais cedo que o normal ☐ No horário habitual ☐ Mais tarde

Quanto tempo você acha que demorou para iniciar o sono? _____ minutos.

Quantas vezes você acha que despertou nesta noite? _____ vez(es).

Quanto tempo aproximadamente acha que dormiu nesta noite? _____ hora(s).

Acordou às _____ hs. Comparado ao seu horário habitual de sono, nesta manhã despertou:

☐ Mais cedo que o normal ☐ No horário habitual ☐ Mais tarde

Se pudesse continuar dormindo, por quanto tempo mais dormiria? _____ minutos.

Comparado com o seu sono habitual, como foi sua noite de sono?

☐ Pior ☐ Igual ☐ Melhor

Sente-se descansado nesta manhã? ☐ Não ☐ Sim

Em relação a sua queixa de sono, ela ocorreu na noite do exame?

☐ Não ☐ Não Sei ☐ Sim

De zero a dez, que nota você daria para sua noite de sono? _____ .

Pós-sono (continuação)

Med Sleep
POLISSONOGRAFIA

Complete a tabela abaixo, considerando os medicamentos que usou nas últimas 24h ou que esteja tomando ultimamente, incluindo calmantes ou remédios para dormir, caso faça uso:

Medicamento	Motivo	Dose habitual