	UYKU SONRASI SORU FORMU	Doküman Kodu	KLN.FR.73
		Yayın Tarihi	04.10.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1

Adı Soyadı: **Tarih:** **Saat:**

1. Dün gece ışıklar kapatıldıktan sonra ne kadar sürede uykuya daldınız?

2. Her zamanki evde olan ile karşılaştırdığınızda uykuya dalma süreniz nasıldı?

   a-Daha Kısa b-Her Zamanki Gibi c-Daha Uzun

3. Dün gece kaç kez uyandınız?

4. Her zamanki ile karşılaştırdığınızda, uyanma sıklığınız nasıldı?

   a-Daha Az b-Her Zamanki Gibi c-Daha Çok

5. Gece uyandıktan sonra tekrar uykuya dalmanız her zamanki ile karşılaştırdığınızda nasıldı?

   a-Daha Kısa b-Her Zamanki Gibi c-Daha Uzun

6. Dün gece ne kadar süre ile uyanık kaldınız?

7. Her zamanki ile karşılaştırdığınızda, dün geceki uyanıklık süreniz ne kadardı?
   a-Daha Az b-Her Zamanki Gibi c-Daha Çok

8. Dün gece kaç saat uyudunuz?

9. Her zamanki ile karşılaştırdığınızda, dün geceki uyku süreniz nasıldı?

   a-Daha Az b-Her Zamanki Gibi c-Daha Çok

10. Evdeki uykularınızla karşılaştırdığınızda, dün geceki uykunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

    a-Çok Daha Kötüb-Biraz Daha Kötü c-Aynı d-Biraz Daha İyi e-Çok Daha İyi

11. Gece tuvalete kalktınız mı, kaç kez?

12. Sabah sizi kim veya ne uyandırdı?

13. Sabah uyanmakta güçlük çektiniz mi?

    a- Evet b-Hayır

14. Sabah dinlenmiş ve uykunuzu almış olarak uyandınız mı?

    a- Evet b-Hayır

15. Dün gece sizi rahatsız eden herhangi bir şey oldu mu?

16. Tedavi amaçlı uyku sırasında cihaz kullandınız mı (CPAP, BiPAP ya da oksijen)? Eğer kullandıysanız evde de kullanmak ister misiniz?

17. Dün gece ile ilgili belirtmek istediğiniz diğer hususlar veya varsa şikâyetlerinizi lütfen yazınız