

ANEXO 1 – Escala de Sonolência de Epworth

Qual é a “chance” de você “cochilar” ou adormecer nas situações apresentadas a seguir:

Procure separar da condição de sentir-se simplesmente cansado. Responda pensando no seu modo de vida nas últimas semanas. Mesmo que você não tenha passado por alguma destas situações recentemente, tente avaliar como você se comportaria frente a elas.

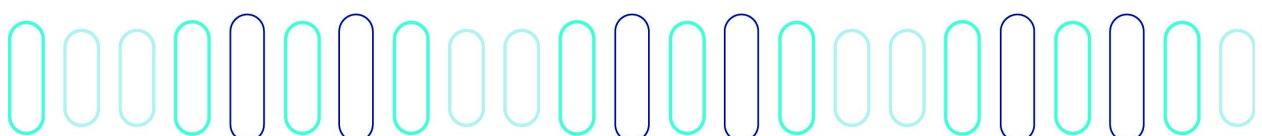
Utilize a escala apresentada a seguir:

- 0 – Nenhuma chance de cochilar
- 1 – Pequena chance de cochilar
- 2 – Moderada chance de cochilar
- 3 – Alta chance de cochilar

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Sentado e lendo | | | | |
| Vendo televisão | | | | |
| Sentado em algum lugar publico sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião) | | | | |
| Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando 1 hora sem parar | | | | |
| Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem | | | | |
| Sentado e conversando com alguém | | | | |
| Sentado calmamente, após um almoço sem álcool | | | | |
| Se tiver de carro, enquanto pára por alguns minutos no trânsito intenso | | | | |

TOTAL: _____

****Resultado: A interpretação da somatória está impressa ao final do anexo 7**





Anexo 2 – Questionário de Qualidade de Vida – SF 36

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

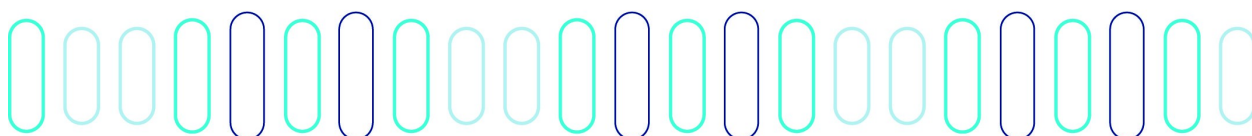
- *Excelente 1
- *Muito Boa 2
- *Boa 3
- *Ruim 4
- *Muito Ruim 5

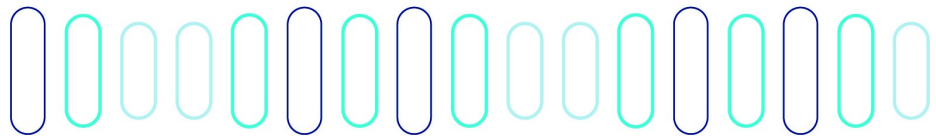
2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- *Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- *Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
- *Quase a mesma coisa de um ano atrás 3
- *Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- *Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

| ATIVIDADES | SIM, DIFICULTA MUITO | SIM, DIFICULTA UM POUCO | NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM |
|--|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador | 1 | 2 | 3 |





de pó, jogar bola, varrer a casa

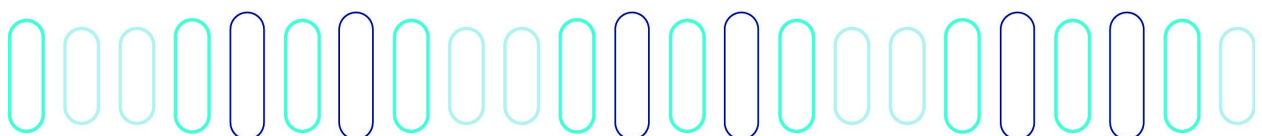
| | | | |
|--|---|---|---|
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

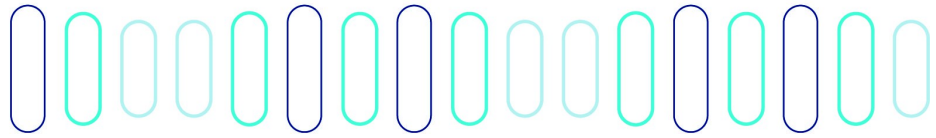
4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (resposta sim ou não)

| | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de esforço extra)? | 1 | 2 |

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

| | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |





c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz? 1 2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (Circule uma)

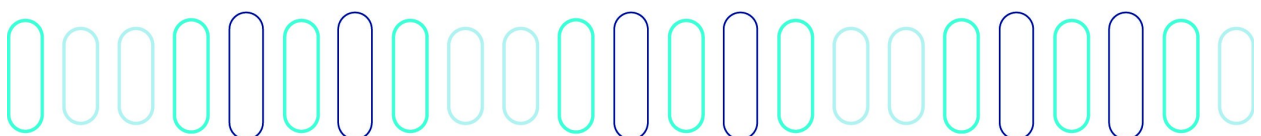
- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

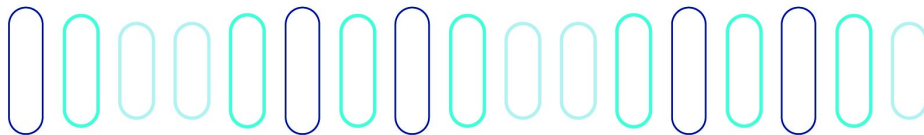
7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas

- Nenhuma 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanta a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

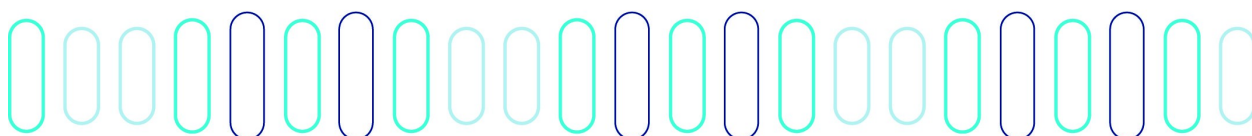
- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

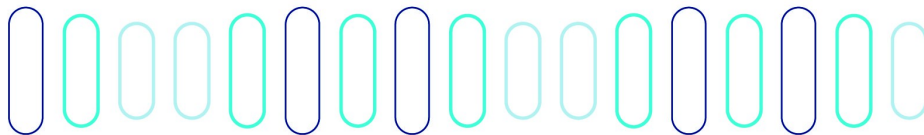




9. Estas questões sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas (circule um número em cada linha)

| | TODO TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | UMA BOA PARTE DO TEMPO | ALGUMA PARTE DO TEMPO | UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO | NUNCA |
|---|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tao deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |



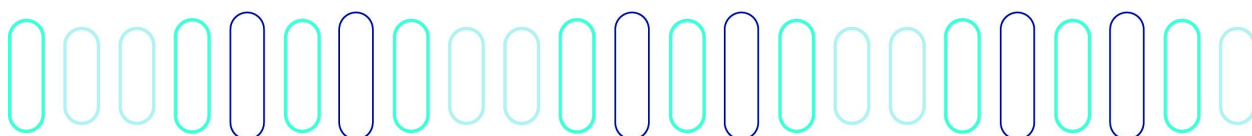


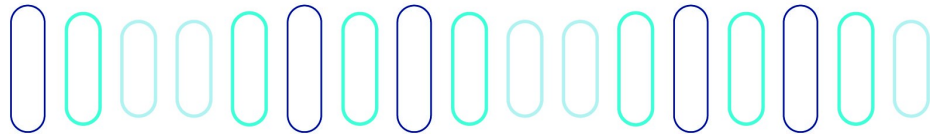
10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- Todo o tempo 1
- A maior parte do tempo 2
- Alguma parte do tempo 3
- Uma pequena parte do tempo 4
- Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ?

| | DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO | A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO | NÃO SEI | A MAIORIA DAS VEZES FALSA | DEFINITIVAMENTE FALSA |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

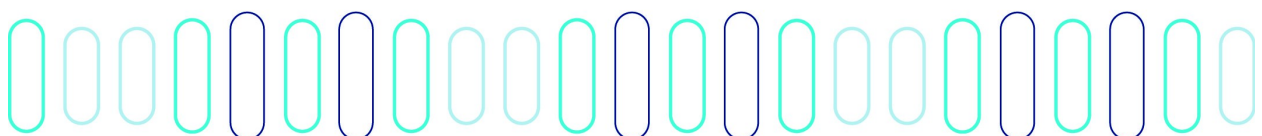


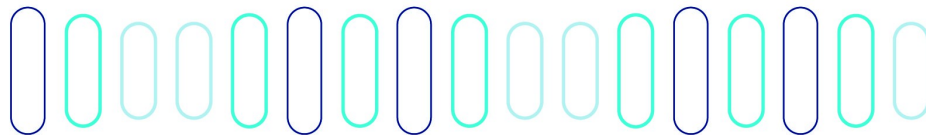


Anexo 3 – Questionário para avaliação dos distúrbios do sono

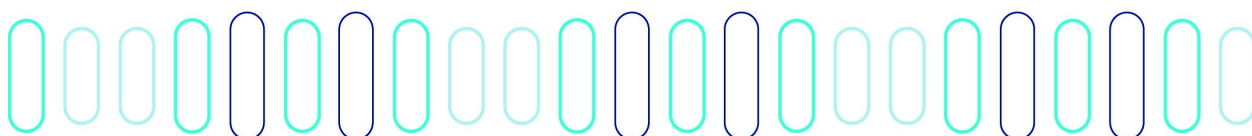
Fletcher E. C. & Lockett R. A.

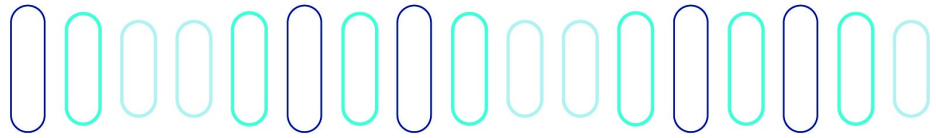
| | Nunca | Muit o raro | Ocasiona lmente | Frequent emente | Não aplicavel |
|--|-------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 1 Você cochila assistindo Tv ou no cinema? | | | | | |
| 2 Você cochila lendo jornal livros ou revistas? | | | | | |
| 3 Você cochila quando conversa com alguém pessoalmente, ou ao telefonar? | | | | | |
| 4 Você fica extremamente sonolento dirigindo ou cochila nos semáforos? | | | | | |
| 5 Você já teve um acidente de carro ou saiu da pista por causa da sonolência? | | | | | |
| 6 Você já cochilou realizando seu trabalho habitual? | | | | | |
| 7 Você já cochilou em lugares públicos (Filmes, eventos esportivos, peças teatrais, etc)? | | | | | |
| 8 Você fica sonolento sempre que está inativo ou chateado? | | | | | |
| 9 Você já cochilou em situações onde particularmente você precisava ficar acordado? | | | | | |
| 10 Você já sentiu-se confuso ao acordar, demorando para tomar consciência do que estava fazendo? | | | | | |
| 11 Vocêtem acordado de manhã com dor de cabeça? | | | | | |
| 12 Você já “andou dormindo” (sonambulismo)? | | | | | |
| 13 Você faz tarefas ou trabalhos simples durante o dia e depois não se lembra de te-los feito? | | | | | |
| 14 Você tem tido sonhos pouco antes de dormir ou de acordar? | | | | | |





| | Nunca | Muito raro | Ocasionalmente | Frequentemente | Não aplicável |
|--|-------|------------|----------------|----------------|---------------|
| 15 Você ronca ou alguém lhe disse que ronca alto? | | | | | |
| 16 O seu esposo(a) ou companheiro já lhe disse que você para de respirar, durante a noite? | | | | | |
| 17 O seu esposo(a) ou companheiro(a) já lhe acordou, porque não estava respirando? | | | | | |
| 18 Você já acordou e encontrou-se sentado na cama durante a noite? | | | | | |
| 19 O seu sono é agitado com movimentos frequentes e abruptos? | | | | | |
| 20 Você já bateu "sem perceber" no seu esposo(a) ou companheiro(a), ou já se machucou, durante o sono? | | | | | |
| 21 O seu esposo(a) ou companheiro(a) dorme em outro quarto porque você incomoda o sono dele(a)? | | | | | |
| 22 Você sente que o seu raciocínio já não é tão rápido e que você está muito esquecido? | | | | | |
| 23 Outras pessoas já lhe disseram que você tem estado muito irritado ou explosivo? | | | | | |
| 24 Você tem problemas em ter relações sexuais recentemente? | | | | | |
| 25 Você tem tido inchaço nos tornozelos recentemente? | | | | | |





Anexo 4 – FICHA ODONTOLÓGICA PARA APNÉIA DO SONO
Disciplina de Medicina e Biologia do Sono - UNIFESP

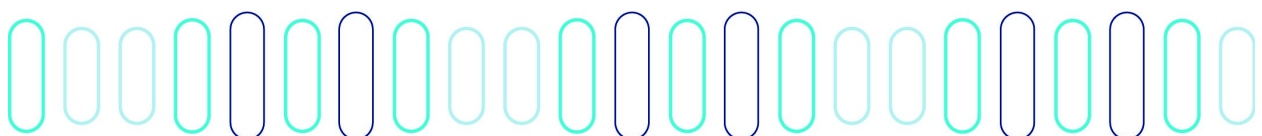
Nome: _____ Idade: _____

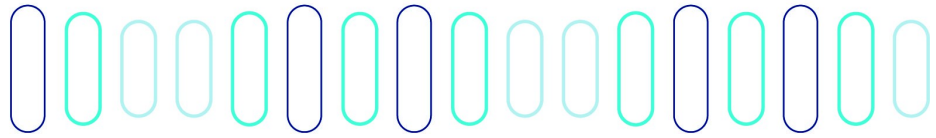
End: _____

Médico: _____ Data: ____/____/____

Queixa principal: _____

| COMPORTAMENTO DURANTE O SONO | Nunca | Raramente | As vezes | Frequentemente |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ronca alto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Para de respirar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Engasga, tosse ou faz força para respirar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Se vira frequentemente? Tem sono agitado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Acorda durante a noite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Acorda pela manhã com sensação de não ter descansado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tem sonolência e fadiga durante o dia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Acorda com dor de cabeça? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Range ou aperta os dentes dormindo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Acorda com gargante seca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Acorda com dentes ou músculos da face doloridos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Acorda com irritabilidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. A sua memória está alterada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Já usou medicação para dormir? Qual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Levanta para usar o banheiro? Quantas vezes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Numero usual de horas de sono por noite. _____(dia da semana) _____(final de semana) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Posição usual de dormir: _____ _____ | | | | |





ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH: _____

Questionario de FLETCHER & LUCKET: _____

Qualidade de vida SF 36:

Capacidade funcional _____

Limitação por aspectos físicos _____

Vitalidade _____

Dor _____

Limitações por aspectos emocionais _____

Saúde mental _____

Estado geral de saúde _____

Aspectos sociais _____

História Médica:

Avaliações Médicas / Odontológicas anteriores p/ SAOS _____

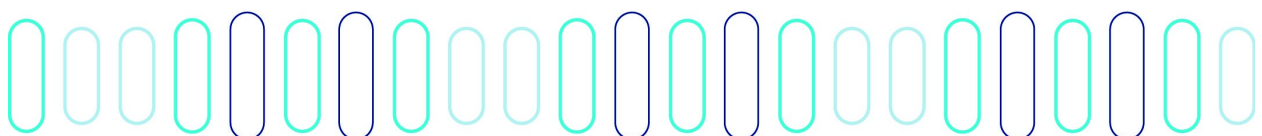
Tratamento anterior para SAOS _____

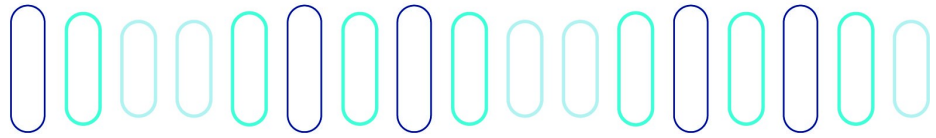
Uso de Cortisona ou esteróide? _____

Alergia _____

Cuidados médicos atuais / Medicamentos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensão _____ |
| <input type="checkbox"/> Febre Reumática | <input type="checkbox"/> Diabete _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsões | <input type="checkbox"/> Distúrbio Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Doença Renal | <input type="checkbox"/> Doenças Venéreas, AIDS |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Distúrbio Endócrino (tiróide) |
| <input type="checkbox"/> Úlcera, Gastrite, Refluxo | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Rádio ou Quimioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar |

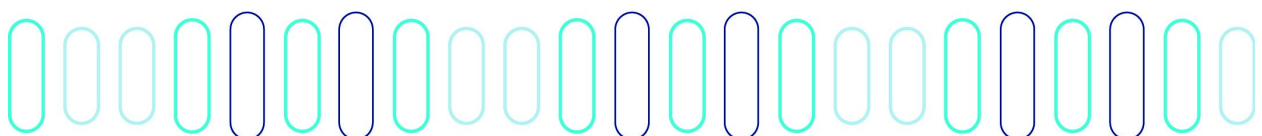


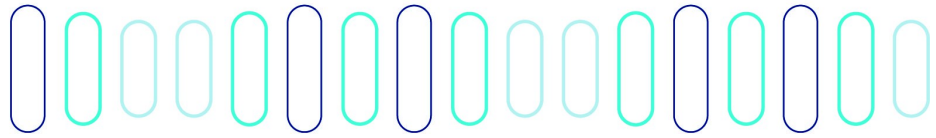


- Artrite, Distúrbio muscular ou articular
- Uso de drogas
- Está Grávida?
- Fuma? _____ Quanto? _____ Há quanto tempo? _____
- Bebe? _____ Quanto? _____

Questionário de dor facial

| | Nunca | Raramente | As vezes | Frequentemente |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1)Sente sua mordida desconfortavel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2)Sua mandibula já estalou ou travou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3)Sente sua mandibula cansada ou dolorida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4)Ao comer, sente sua mandibula cansada ou dolorida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5)Alguma vez já percebeu um machucado ou inchaço na boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6)Sofre de dores de cabeça? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7)Realiza os seguintes hábitos orais? -ranger ou apertar os dentes dormindo -ranger ou apertar os dentes acordado -morder lábios, bochecha ou objetos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8)Sofre de dor muscular/articular? -na mastigação normal -mastigando chicletes -bocejando -falando -cantando -gritando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9)Tem fadiga muscular mandibular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10)Tem ruído na abertura e/ou fechamento bucal? Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11)Tem zumbido no ouvido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





Direito Esquerdo

12) Tem sensação de ouvido entupido?

Direito Esquerdo

13) Fez tratamento odôntico?

Sim Não Quando? _____ Duração? _

14) Usa alguma prótese nos dentes? _____

Outras queixas? _____

Exames complementares: _____

Polissonografia

| PSG | DATA | IAH | IA | IH | SpO2 | | %tempo Sat<90% | EFIC Sono | %N3 | %REM | #Desp/h | IMC |
|-------|------|-----|----|----|------|-----|----------------|-----------|-----|------|---------|-----|
| | | | | | X | Mim | | | | | | |
| Basal | | | | | | | | | | | | |
| Alo | | | | | | | | | | | | |
| CTAP | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Exame Físico

Peso ___ Kg Altura ___ m IMC ___ m²/Kg Circunferência

Cervical _____ cm

Palato Mole _____

Língua _____

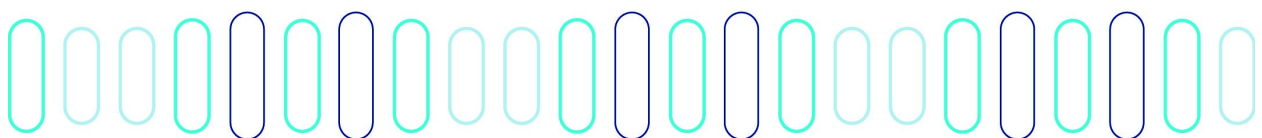
Mallampati _____ Tonsilas _____

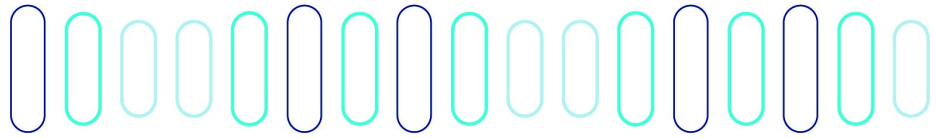
Condição Bucal: _____

Linha Média _____

Facetas de Desgaste _____

Abertura Bucal Máxima (incluindo trespasse) _____ mm





Abertura total (inter-incisivos) _____ mm Trespasse
 Horizontal _____ mm
 Protusiva Máxima _____ mm Trespasse Vertical _____ mm
 Lateralidade D _____ mm Lateralidade E _____ mm

Palpação: 0=sem dor / 1=dor leve / 2=dor moderada / 3=dor forte / 4=reação de fuga / NE=não examinado

| | D | E | | D | E |
|--------------------|---|---|---------------------------|---|---|
| ATM | | | Esternocleidomastoideo | | |
| Região retrodiscal | | | Pterigoideo Medial | | |
| Masseter | | | Região Supra-hioidea | | |
| Inserção Temporal | | | Região Infra-Hioidea | | |
| Temporal Anterior | | | Região Sub-Occipital | | |
| Temporal Médio | | | Trapézio | | |
| Temporal Posterior | | | Região Cervical Posterior | | |

Ruídos Articulares

| Abertura Bucal | | Estalido | Fechamento bucal | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D | E | | D | E |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inicial (0-15mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intermediario (16 -30mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tardio(>31mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Creptação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Exames Odontológicos Complementares:

Cefalometria: _____

Panorâmica: _____

Fotos: _____

Outros: _____

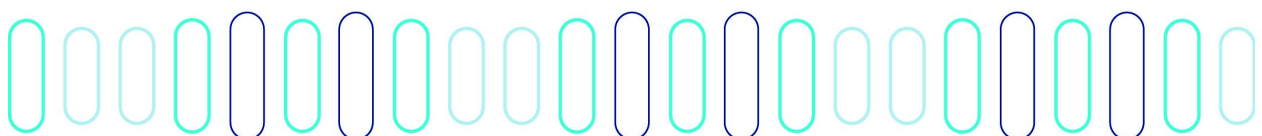
Tratamento:

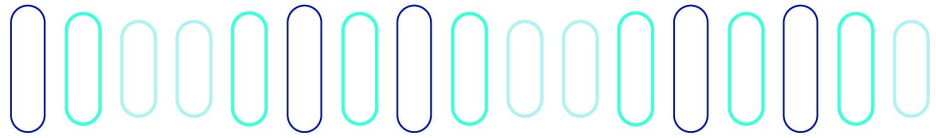
Tipo de Aparelho: _____

Posição Total: _____ mm

Posição Inicial AIO: ___ / ___ mm

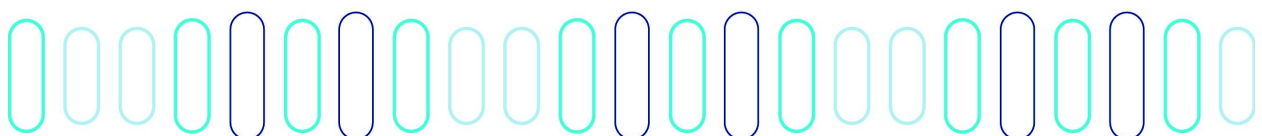
Abertura: _____ mm

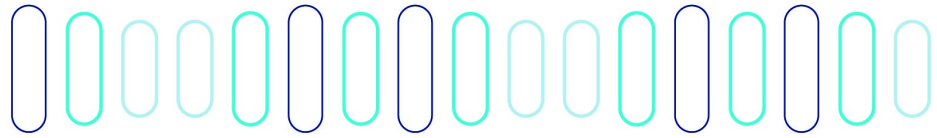




ANEXO 5 - Diário de Sono

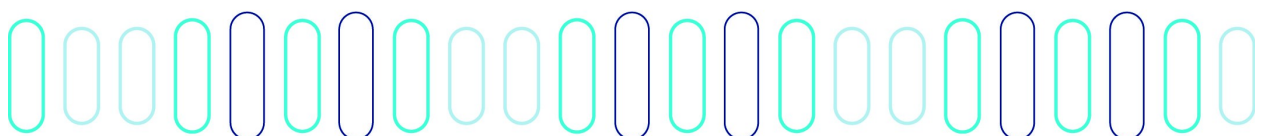
| DIA Dia da semana Dia do mês | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Ontem me deitei às ___hs | | | | | | | |
| Consegui dormir às ___hs | | | | | | | |
| Acordei ___vezes durante a noite | | | | | | | |
| Hoje acordei às ___hs | | | | | | | |
| Saí da cama às ___hs | | | | | | | |
| Devo ter dormido umas ___hs | | | | | | | |
| Acordei: 1-péssimo 2-mal 3-mais ou menos 4-bem 5-muito bem | | | | | | | |
| Meu sono foi: 1-péssimo 2-ruim 3-regular 4-bom 5-ótimo | | | | | | | |
| Ontem durante o dia eu passei: 1-péssimo 2-mal 3-mais ou menos 4-bem 5-muito bem | | | | | | | |
| Ontem eu: não cochilei (0) ou cochilei ___vezes | | | | | | | |
| Observações | | | | | | | |

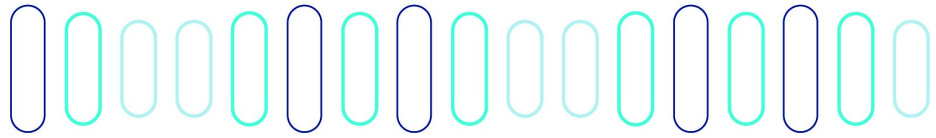




ANEXO 6 – Diário de uso do AIO

| DIA Dia da semana Dia do mês | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Ontem dormi c/ o AIO: | | | | | | | |
| -a noite toda | () | () | () | () | () | () | () |
| -mais de ½ da noite | () | () | () | () | () | () | () |
| -menos de ½ da noite | () | () | () | () | () | () | () |
| Ontem dormi s/ o AIO Motivo: _____ | | | | | | | |
| O que o incomodou no uso do AIO: | | | | | | | |
| -dor nos dentes | () | () | () | () | () | () | () |
| -dor na face | () | () | () | () | () | () | () |
| -salivação intensa | () | () | () | () | () | () | () |
| -volume (tamanho) | () | () | () | () | () | () | () |
| -textura | () | () | () | () | () | () | () |
| -parafuso(s) | () | () | () | () | () | () | () |
| -dificuldade de colocar e/ou remover | () | () | () | () | () | () | () |
| -boca seca | () | () | () | () | () | () | () |
| - _____ | | | | | | | |
| Ronquei | | | | | | | |
| () Não | () | () | () | () | () | () | () |
| () Sim, igual a antes do aparelho | () | () | () | () | () | () | () |
| () Sim, menos | () | () | () | () | () | () | () |
| Tive cansaço e/ou sonolência diurna | | | | | | | |
| () igual a antes | () | () | () | () | () | () | () |
| () melhor | () | () | () | () | () | () | () |
| () Pior | | | | | | | |
| Outros Comentários | | | | | | | |





ANEXO 7 - Ficha de Acompanhamento Mensal

Nome: _____ Data ___/___/___

Tipo de AIO _____ Data de Instalação do AIO ___/___/___

1. Amplitude dos Movimentos Mandibulares

Abertura Máxima (incluindo trespasse) _____ mm Trespasse
vertical: _____ mm

Abertura Total (inter-incisivos) _____ mm Trespasse
horizontal: _____ mm

Protrusiva _____ mm

Lateralidade D _____ mm

Lateralidade E _____ mm

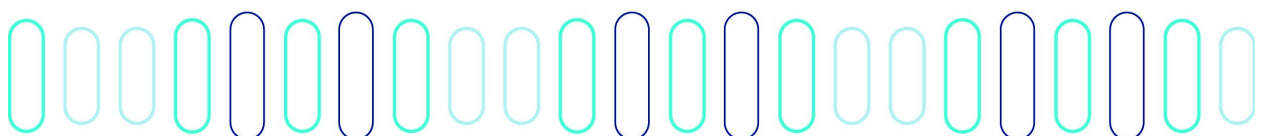
2. Palpação

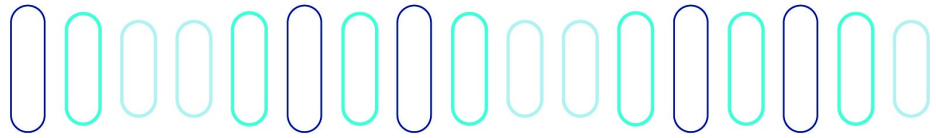
0=sem dor / 1=dor leve / 2=dor moderada / 3=dor forte / 4=reação de fuga /
NE=Não examinado

| | D | E | | D | E |
|--------------------|---|---|------------------------------|---|---|
| ATM | | | Esternocleidomastoid eo | | |
| Região retrodiscal | | | Pterogpodep Medial | | |
| Masseter | | | Região Supra-hioidea | | |
| Inserção Temporal | | | Região Infra-Hioidea | | |
| Temporal Anterior | | | Região Sub-Occipital | | |
| Temporal Médio | | | Trapézio | | |
| Temporal Posterior | | | Região Cervical Posterior | | |

3. Ruídos Articulares

| Abertura bucal | | | Fechamento bucal | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D | E | Estalido | D | E |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inicial (0-15mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intermediario (16-30mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tardio (>31mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Creptação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ANEXO 2)

| Basal | 1 mês | 2 meses | 3 meses | 6 meses | 1 ano |
|-------|-------|---------|---------|---------|-------|
| | | | | | |

Questionário de FLETCHER & LUCKET (ANEXO 3)

| Basal | 1 Mês | 2 Meses | 3 Meses | 4 Meses | 5 Meses |
|-------|-------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | |

Conduta: _____

****Resultado da somatória da escala Epworth e o significado correspondente**
 0= Parabéns você está tendo uma boa noite de sono!
 7 a 8 = Atenção para outros sinais de apnéia!
 9 a 24 = Procure um especialista em sono o mais rápido possível. Sua sonolência excessiva pode ser devido a apneia.

