|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. | | | | | | | |
| As perguntas fazem referência a seu estilo de vida habitual hoje em dia. Ainda que desconheça ou não tenha passado por estas situacões, tente imaginar como poderiam tê-lo afetado.  (Marque a opção que melhor descreve a probabilidade de que se durma)  **(somente de uso médico)** | | | | | | | | |
| **EVOLUÇÃO DA SONOLÊNCIA (Epworth)** | | | | | | | | |
|  | | Nenhuma chance de cochilar | | Pequena chance de cochilar | Moderada chance de cochilar | | Alta chance de cochilar | |
| 1) Sentado e lendo | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 2) Vendo televisão | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 3) Sentado em lugar público sem atividades (ex. sala de espera, cinema,teatro, igreja) | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 4) Viajando como passageiro de carro, trem ou metrô, durante una hora sem parar | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 5) Sentado conversando com alguém | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 6) Sentando tranquilo, após uma refeição, sem álcool | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 7) Deitado para descansar à tarde | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| 8) No carro parado por alguns minutos, durante o trânsito | | 0 | | 1 | 2 | | 3 | |
| Soma dos pontos por coluna  **Pontuação Sub Total** | |  | |  |  | |  | |
| Soma dos resultados de todas as colunas **PontuaçãoTotal** | |  | | | | | | |
| **Utilize a escala abaixo para escolher a alternativa mais apropriada para cada situação.**  **0 -  nenhuma chance de cochilar  1 -  pequena chance de cochilar  2 -  moderada chance de cochilar    3 -  alta chance de cochilar**  **\*Os Escores acima de 10 são sugestivos de sonolência diurna significativa e acima de 15 estão associados à sonolência patológica presente em condições específicas, tais como exemplo: apnéia do sono e narcolepsia.** | | | | | | | | |
| ***(Conclusão Médica)*** | | | | | | | | |
| **RESULTADO DO QUESTIONÁRIO** | | | | | **SIM** | | **NÃO** |
| ESTÁ EM CONDIÇÕES DE REALIZAR AS ATIVIDADES CRÍTICAS? | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | | |
| ……………………………………………….  Assinatura do empregado | | ……………………………………………….  Assinatura/ Carimbo do Médico | | | | | |