



Via Madonna dell'Orto 4, 46100 Mantova. Tel. 0376369935. Email: segreteria@hygea.it

Questionario “Sonnolenza diurna”

(Conforme all'allegato II del Decreto del Ministero della Salute del 9 febbraio 2016)

Cognome e Nome _____

Le capita di addormentarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- Davanti alla televisione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2- In treno o in autobus o in macchina se non si guida | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3- Leggendo il giornale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4- Al cinema o ad una conferenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5- Conversando con qualcuno durante i pasti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6- Alla guida, nelle brevi soste del traffico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

*Dichiaro di aver compreso tutti i quesiti postimi e di aver **risposto secondo verità**, previa ammonizione sulle conseguenze penali delle **false dichiarazioni rese a Pubblico Ufficiale**.*

FIRMA DEL COMPILATORE

RISULTATO: | _____ |

IL MEDICO CERTIFICATORE

Interpretazione dei risultati:

Risposte tutte negative = sonnolenza assente

Da 1 a 3 risposte positive = presenza di lieve sonnolenza diurna

Da 4 a 6 risposte positive = presenza di eccessiva sonnolenza diurna