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	**☐ SI**	**☐ NO**
2- In treno o in autobus o in macchina se non si guida	**☐ SI**	**☐ NO**
3- Leggendo il giornale	**☐ SI**	**☐ NO**
4- Al cinema o ad una conferenza	**☐ SI**	**☐ NO**
5- Conversando con qualcuno durante i pasti	**☐ SI**	**☐ NO**
6- Alla guida, nelle brevi soste del traffico	**☐ SI**	**☐ 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