

Protokoll – kardiorespiratorische Polysomnographie

1. Patient (Initialen): _____

Besonderheiten (einschl. Medikation): _____

2. Aufzeichnung

Datum der Untersuchung: _____ Name der Sitzwache: _____

Name des überwachenden Arztes: _____

Ableitprogramm (Konfiguration): **Ausdruck der Konfiguration oder Beispielseite beilegen.**

Zusatzkanäle: _____

Typ der Untersuchung: Diagnostik Neueinstellung Kontrolle Umstellung

Bei nächtl. Überdrucktherapie, Gerät (Typ/Hersteller): _____

Modus: CPAP Bi-Level APAP anderer

Anfangsdruck, bzw. Druckgrenzen: _____

Weitere Parameter (Anfangseinstellungen): _____

Warmluft-Befeuchter

Maske: (Art, Typ, Größe): _____

3. Durchführung

Beginn der Aufzeichnung: _____ Uhr

Technische Kalibrierung (Eichzacken) durchgeführt? ja nein

Impedanzmessung durchgeführt? ja nein

Biosignal-Eichung: Alle Kanäle artefaktfrei? ja nein

Nicht korrigierbare Artefakte / Abweichungen: _____

Licht aus: _____ Uhr

Beobachtungen während der Nacht zur:

- Druckeinstellung: _____

- technische Veränderungen: _____

- auffallende Ereignisse: _____

Licht an: _____ Uhr

Letzte Geräte-Einstellung (End-Druck, weitere Parameter): _____

Besonderheiten der Ableitung, Bemerkungen:

Unterschrift Sitzwache

Unterschrift überwachender Arzt, (Einstellungsächte)

4. Auswertung

Name Auswerter: _____

Auswertung Schlafstadien nach: R&K AASM keine visuelle Auswertung

Auswertung kardiorespiratorische Parameter:

- manuelle Auswertung / Korrektur der Atemereignisse: ja nein
- manuelle Auswertung / Korrektur der Beinbewegungen: ja nein

Ergebnis der Auswertung

Globale Schlafmaße: TIB _____ TST _____ SE _____ (% von TIB)

Latenzen: Schlaflatenz (ab Licht aus): _____

REM-Latenz (ab Schlafbeginn): _____

Prozentuale Anteile:

Bezug	Wach	S1/ N1	S2/ N2	S3/ N3	S4/ --	REM/ R	MT/ --

Arousals:

Anzahl Gesamt: _____ Respirator: _____ PLM-Aousals: _____ Arousal-Index: _____

Respiratorische Parameter

Apnoen:

- obstruktiv: Anzahl: _____ max. Dauer: _____
- zentral: Anzahl: _____ max. Dauer: _____
- gemischt: Anzahl: _____ max. Dauer: _____

Hypopnoen: Anzahl: _____ max. Dauer: _____

Apnoe-Hypopnoe-Index (/Std. Schlaf): _____

Anzahl Enttächtigungen: _____ Enttächtigungsindex: _____

Beinbewegungen

PLM-Index: _____

Bemerkungen: _____

5. Befundung

Befundung durch: _____

Befundbericht anhand der Originaldaten erstellt: ja nein

Befund und Beurteilung: _____

Unterschrift des Befunderstellers (Arzt)