

# SESAR ÖNH kirurgisk terapi – apnéuppföljning

Personnummer \_\_\_\_\_

Datum för uppföljning \_\_\_\_\_

*Ange datum då uppföljning görs.*

Längd \_\_\_\_\_ cm      Vikt \_\_\_\_\_ kg      BMI (färdigberäknad) \_\_\_\_\_  
*(Ifylles om längd och vikt saknas men uppgift om BMI finns angivet)*

AHI \_\_\_\_\_      ODI \_\_\_\_\_      Medelsaturation \_\_\_\_\_

ESS \_\_\_\_\_

*OBS! Anges endast om patienten svarat på alla åtta frågorna.*

*OBS! Anges endast om patienten talar och förstår svenska.*