

Questionnaire MRA

Étiquette patient

1. Combien de nuits par semaine utilisez-vous votre MRA?

.....

2. Combien d'heures par nuit utilisez-vous votre MRA?

.....

3. Avez-vous remarqué un effet sur votre fatigue/somnolence depuis le début du traitement de votre apnée du sommeil? Si oui, lequel?

.....

4. Quel est l'effet du traitement par MRA sur le ronflement?

.....

5. Avez-vous des plaintes liés au traitement par MRA?

Si oui, lesquelles? (Douleur au niveau des dents? Des mâchoires? Autres?)

.....

Coordonnées

tél. : 011 69 96 15

e-mail : secretariaat.longziekten@stzh.be