ENCUESTA PACIENTE SAHOS 30 DIAS

|  |  |
| --- | --- |
| Pregunta | Respuesta |
| ¿Está Utilizando los equipos de terapia de sueño según las indicaciones medicas? Si, No, Por qué? | Si  No  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Ha prestado dificultades con el equipo? Si, No | SI  NO |
| Si la respuesta anterior es “SI”, Cuales dificultades se han presentado con el equipo? | Ruido  Fuga de Agua  Cable eléctrico  Tarjeta  presión  Otros  N/A  Nota: Se debe contar con el espacio de observaciones |
| ¿Ha prestado dificultades con la máscara? Si, No | SI  NO |
| Si la respuesta anterior es “SI”, Cuales dificultades se han presentado con la máscara? | Arnés  Silicona  Talla  Válvula  Otros  N/A |