



## Uyku Laboratuvarı Akreditasyon Formu

Tarih:.....

### A) ÇALIŞANLAR

1. Uyku laboratuvarının Adı:

Adres:.....

Telefon: .....

Faks:.....

E-posta:.....

Web Sayfası: .....

2. Uyku laboratuvarı Yönetimi:

Uyku Laboratuvarı sorumlu hekimi:

Polisomnografi sertifikası                      evet                      hayır

Uyku laboratuvarında çalışma şekli                      tam gün                      yarım gün

Çalışmaya başlama tarihi :

3. Konsültasyon Olanakları:

Hangi branşlar konsültasyon hizmeti veriyor (örneğin: iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, psikiyatri, KBB, diş hekimliği, pediatri vs.)

.....

.....

Tanı sürecinin hangi basamağında konsültasyon isteniyor.

.....

Kurumunuzda Uyku polikliniđi var mı

.....

Poliklinik süresini bildiriniz (haftada kaç gün, günde kaç saat)

.....

Evde portable uyku kayıtları: haftada kaç gece ve gecede kaç tane yapılıyor

.....

Hastanede portable uyku kayıtları: haftada kaç gece ve gecede kaç tane yapılıyor

.....

Laboratuarda polisomnografi: haftada kaç gece ve gecede kaç tane yapılıyor

.....

#### 4. Uyku laboratuvarında Çalışan Personel

Personel	Sayısı ve Eğitimi	Çalışma zamanının % kaçını uyku laboratuvarında geçiriyor	Görev Tanımı
Doktor			
Teknisyen			
Hemşire			
Gece Personeli			
Sekreter			
Diğer			

Gece Uyku laboratuvarında tıbbi müdahale nasıl ve kim tarafından yapılıyor

.....

.....

Uyku Analizinin standardizasyonu nasıl yapılıyor.

.....

.....

## 5. İleri Eğitim Aktiviteleri

Doktorlar, teknisyenler ve uyku laboratuvarı diğer personeli için eğitim programı var mı? Düzenli aralarla eğitim yapılıyor mu?

.....

.....

Diğer hastanelerle veya doktorlarla bir eğitim etkinliği var mı? Düzenli aralarla yapılıyor mu?

.....

.....

## B) HASTALAR VE TIBBİ UYGULAMALAR:

Yıllık Hasta Sayısı		
	Poliklinik tanılar	PSG ile konan tanılar
<b>A) İnsomni</b>		
* Psiko-fizyolojik insomni )		
* Uykuyu algılama bozukluğu		
* İdiyopatik insomni		
<b>B) Gündüz aşırı uyku hali ve aşırı uyuma</b>		
* Rekürren hipersomni		
* İdiyopatik hipersomni		
* Post-travmatik hipersomni		
<b>C) Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları</b>		
* OSAS ve horlama		
* Santral uyku apne sendromu		
* Santral alveolar hipoventilasyon, primer ve sekonder (örneğin KOAH)		
<b>D) Huzursuz Bacak Sendromu ve Periyodik</b>		
* Bacak Hareketleri Sendromu		
* Periyodik Ekstremitte Hareketleri		
* Huzursuz Sendromu Ekstremitte		
<b>E) Diğer</b>		

Yukarıdaki tablodaki hastalıklara tanı koymak için hangi tanısal yöntemler uygulanmaktadır.

- A) .....
- B) .....
- C) .....
- D) .....
- E) .....

Uyku laboratuvarında PSG çekimi için ortalama randevu süresi ne kadardır?

.....

.....

Evde PSG çekimi için ortalama randevu süresi ne kadardır?

.....

.....

## 2 **Uyku Laboratuvarı'nın tedavi yaklaşımı**

Yukarıdaki tabloda görülen her bir tanı için hangi tedaviler uygulanmaktadır. Tedavi prosedürlerinin uygulanma oranlarını her bir grup için belirtiniz.

- A) .....
- B) .....
- C) .....
- D) .....
- E) .....

Tedavi uygulayamadığımız uyku hastalıklarını ve bu hastaları sevk veya referans ettiğiniz merkezleri yazınız.

.....

.....

.....

### C) CİHAZLAR VE ODALAR:

#### 1. Polisomnografi Cihazları

Adet	Firma ve marka adı	Kanal Sayısı	Kağıt/Dijital	Arşivleme Türü

#### 2. Uyku monitorizasyonunda ek cihazlar(örnek poligraf lar vs.)

Sayı	Marka	Firma/Üretici	Kanal Sayısı

#### 3. Rutin uykuda yapılan kayıtlar:

	EEG	EOG	EMG
<b>Kanal Sayısı</b>			
<b>Hava Akımı</b>	Termal sinyal	Basınç sinyali	
<b>Solunum Çabası</b>	Toraks	Abdomen	
<b>Özefagus basınç probu</b>	Evet	Hayır	Tip:
<b>Pulse oksimetre</b>	Oksijen saturasyonu	Kalp hızı	
<b>Kapnografi</b>	Evet	Hayır	
<b>EMG(tibial)</b>	Sağ	Sol	Toplam
<b>PTT</b>	Evet	Hayır	
<b>Horlama Mikrofonu</b>	Evet	Hayır	
<b>Video</b>	Monitorizasyon	Kayıt	Videometre
<b>Seçenekler</b>	Aktigrafi	Vücut ısısı	NPT
<b>Diğer sinyaller</b>			

#### 4. Diğer Cihazlar

Uzun süreli kayıt için ( EKG,EEG,Kan basıncı monitörizasyonu,aktigrafi)

.....  
.....

## 5. Fiziki Mekan

Kontrol odalarının sayısı ve boyutları:

.....

Ses izolasyonu:

.....

Hasta odalarının sayısı ve boyutları:

.....

Işık kontrolü:

.....

Klima:

.....

Poliklinik odası imkanları:

.....

## D) TANISAL TESTLER:(sizin kullandığınız formu ekleyiniz)

Fizik muayene:

.....

Uyku anketi:

.....

MSLT:

.....

MWT:

.....

Uyku günlüğü:

.....

Uyku anamnezi:

.....

Psikolojik ve kişilik anketleri:

.....

Nöropsikolojik değerlendirme:

.....

Diğer:

.....

**E) TIBBİ DÖKÜMANTASYON VE ARŞİVLEME:**

(lütfen standart uyku raporu formatını ilişige ekleyiniz)

Hastanın tıbbi raporunda hangi sonuçlar raporlanmaktadır. (uyku, solunum, kardiyovasküler sonuçlar):

.....

Hangi sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır(DSM-III-R, ICSD, ICD-9, ICD-10)?

.....

Ne tür bir arşivleme yöntemi kullanılmaktadır:

.....

PSG'nin hangi sonuçları arşivlenmektedir.

.....

Ne kadar süreyle bu sonuçlar arşivlenmektedir.

.....

**E) EKLEMEN İSTEDİĞİNİZ EK BİLGİLER:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Tarih** :

**Başvuru Sahibi** :

**İmza** :