



IN STRUCTION



Nocturnal
pulse oximetry

With CPAP treatment



VIOLLIER

Important information

You should wear your CPAP mask while recording. Please send your CPAP chip back to us along with the monitor. Your CPAP monitor will also work without a chip.

Do not test start the monitor → monitor can not be switched off again.

- Remove nail polish or fingernail attachments before the examination.
- Do not put the oxygen saturation sensor on the same limb as the 24h blood pressure monitor cuff if these two devices are worn at the same time.
- Mount and start the monitor before going to bed.
- Recording time max. 8 hours, suitable for patients weighing 20 kg and over.
- Leave batteries in the monitor; do not remove.
- Do not use in the vicinity of CT, MRI and X-rays.
- Mobile phones, strong electromagnetic sources, and electric blankets can affect the quality of the recording.

Patient record

Please complete the patient record accurately and in full.

Note start and end of recording with date and time.

Bitte nicht leihen!

Patientenprotokoll Pneumologie

Stadium des Intenens & Wachen

Name / Vorname

Geburtsdatum

Inkontinenzpflicht Nachkoma

Nihilistische Polypulga Nihilische Pulsubygnose

1. Persönliche Angaben

Wann gehen Sie abends ins Bett? Uhr

Wann stehen Sie auf? bis Uhr

Schlafen Sie ohne in Bewegung? ja nein

Hat Ihr Partner bei Ihnen Atemstillstände bemerkt? ja nein

Wachen Sie kontinuierlich auf? ja nein

Wachen Sie ab und zu? ja nein

Haben Sie früher geraucht? ja nein

Wann wurde Glasur Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag? Anzahl pro Tag

Trinken Sie eher etwas und weniger Schlüsseltage? ja nein

Leiden Sie nachts an Bewegungsunruhe in Bett, Armen, Rücken? ja nein

Wie oft wachen Sie vor 5 Jahren? kg

Wie oft wachen Sie vor 1 Jahr? kg

Wie oft wachen Sie ab und zu? kg

Wie genau sind Sie? cm

Wie genau ist Ihr Herzschlag? cm

Benenne Sie einen Grund für Ihre Schlafstörung?

2. B. Körperliche / psychische Probleme. Liste

Welche Medikamente nehmen Sie? **Bitte alle auflisten**

2. Fragen zur Tagesfähigkeit

Wie hoch würden Sie in folgenden Situationen einschätzen?

Gemeint ist nicht das Gefühl, sondern was, sondern auch wirklich einschätzen. Die Fragen beziehen sich auf die **vergangenen vier Wochen**. Auch wenn Sie einige Tätigkeiten nicht ausführen, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie hätten. Bitte Sie von dem vorgelegten Maß für die entsprechende Frage ein eigenes zureichendes Maß.

Funktions- und Bedienung

1 = würde nie ausüben 2 = würde höchstens ausüben

1 = würde kaum einschätzen 2 = würde ein gewisses Wahrnehmungsvermögen einschätzen

	1	2	3	4	5
Bein steuern und lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein steuern und lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein steuern an öffentlichen Orten (z.B. Theater, Sitzung, Vortrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitarbeiter in einem Auto während einer Stunde ohne nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeben ein Nachtrag an ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmen mit anderen sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim ruhigen Gehen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Fahrer bei einer Anwesenheit während eines Winkens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Schlaf

Um Ihre Beschwerden weiter abbauen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende bei den Kästchen an. Die Fragen zum Schlafverhalten beziehen sich auf die **letzten vier Wochen**.

	ja	nein	weil	weil nicht
1. Sind Sie tagüber müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schlafen Sie typischer später ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schlafen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlafen Sie abends ruhiger ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Können Sie vor, dass Sie mitten in der Nacht aufwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kennen Sie ein, dass Sie typischer abends aufwachen, ohne wieder einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden Sie nachts unter folgenden Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwingungen durch die Nase zu atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mören Sie nachts Wasser lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schwächen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nur in Rücklage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nach Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erreichen Sie morgens ausgerollt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Start der Registrierung Datum Zeit

Ende der Registrierung Datum Zeit

Bezeichnen, wenn ärztliche Anweisungen

Um eine genaue Diagnose stellen zu können, helfen Sie Ihre Beschwerden, ausgenommenen Aktivitäten, Medikamente und Schlafmittel mit Datum und Zeit in diesem Patientenprotokoll:

Beschwerden

- Atemnot, Drückungen/Enge, Wadenbrennen
- Schwindel
- Brustschmerzen, Herzklopfen
- Schmerzen in der Brust, im Arm, im Nacken

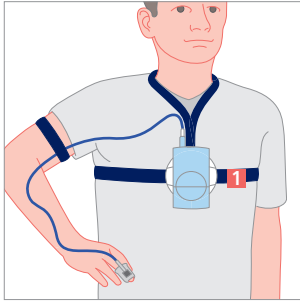
Wichtig

- Datum und Ende der Registrierung mit Datum und Zeit notieren
- Kennen Sie den Recorder oder die Dateneinheit einzeichnen
- Baden und Duschen vermeiden

An welchen Krankheitsbildern leiden Sie? Auch bei anderen Krankheiten und anderen Operationen angeben (Herz, Lungen, Magen, Darm, Leber, Nieren, Verdauung, Nervensystem, Hirs, Psyche, Gelenke, Knochen, Muskel usw.)

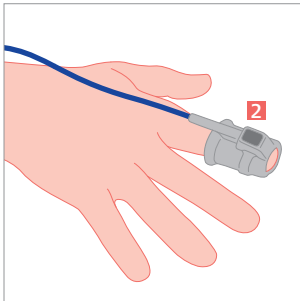
Krankheit	ja	nein	weil
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attaching the monitor



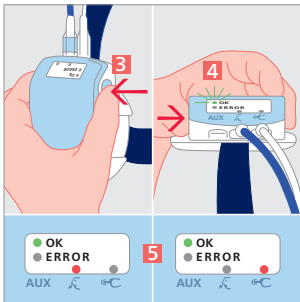
Mounting the monitor before going to bed

- Do not wear the monitor and the chest strap directly on the skin.
- Pull the neck strap and the monitor over the head and pull the chest strap through the monitor holder.
- Fix the monitor with the **chest strap 1** centrally at the height of sternum → for men at nipple level, for women on the upper part of the chest.
- Tighten the strap, but not so much that breathing is restricted.



Fitting the finger sensor

- Fit the oxygen saturation sensor to your finger with the fingernail symbol facing upward. Pull the finger sensor over the finger until the fingertip is visible.
→ The finger sensor **2** may be switched from one finger to another during the night.
- Suitable are: index, middle and ring finger (without nail polish).
- Attach sensor cable to the upper arm with the arm strap.



Starting the monitor

- Hold down the side **light blue start button 3** for five seconds until a short beep tone sounds, and on the display a **green flashing light 4** appears in the 'OK' field.
- Ignore the red light in the middle.
- If the finger sensor is released at night, please remount **5**.
- In the morning dismount the monitor and return. Monitor switches off automatically after 8 hours.

Solely on behalf of the physician

- Please attach the enclosed T-adapter piece between the mask and the tube. Then insert the CPAP sensor into the middle socket of the adapter.



Accessories

- Monitor with adjustable neck strap and fitted batteries (with integrated position sensor)
- Adjustable chest strap (long) and arm strap (short) for attachment
- Oxygen saturation sensor with plugged-in connection cable
- Patient record and instructions
- Closure tape for return

Return

After completing the recording, please return the monitor to us with plugged-in cables, belts, arm strap, position sensor, oxygen saturation sensor, and patient record.

- by Customer service
- by mail

Please follow the instructions for the return of the box:

- Remove the label from the window, turn it over
→ **Viollier AG address is visible**
- Insert the label into window
- Close the box with the enclosed closure tape
- Viollier will pay the postage

