**Zusammenfassend** zeigt diese Polysomnographie eine leicht gestörte Makrostruktur mit Schlafstadienwechseln und Arousals, v.a. aus N2-Schlaf heraus. Der AHI mit 1.7/h ist normal (< 90. Alterspercentile). Es liegen keine periodischen Beinbewegungen im Schlaf vor. **Der temporäre Anstieg des tcCO2 bei sonst physiologisch anmutendem Kurvenverlauf und zeitgleich hochnormaler SpO2 ist nicht klar einer nächtlichen Atemstörung zuordnenbar, DD Re-Kalibrierungsfehler.** Zur Besprechung der Resultate und des weiteren Procederes erfolgt am 10.09.2021 eine Konsultation in der pneumologischen Schlafsprechstunde der Kinderklinik.

Zur genaueren klinischen Evaluation, werden wir die Patientin in die Pneumologische Sprechstunde zur Evaluation eines biPAP, inklusive erneuter aBGA, aufbieten.

eine fast konstante tcCO2-Erhöhung und eine deutliche Hypoventilation (tcCO2 ist 45.92% der TST > 50mmHg)

zeigt diese Polysomnographie bei gut erhaltener Makrostruktur eine leichte obstruktive Schlaf-Apnoe mit einem AHI von 7.5/h und ODI von 2.9/h.

Vorgängig wird die Patientin ein 14-tägiges Schlaftagebuch ausfüllen.

Zudem fällt eine deutliche störanfälligkeit des Schlafes mit vielen Stadienwechseln und Arousal (30.7/h) auf,

Aus schlafmedizinischer Sicht sind die Kriterien für die **Fahreignung bei einmaliger Einschlafzeit unter 20min und wiederholten Microsleeps für alle Gruppen nicht gegeben.** Die Fahreignungsabklärung kann nach suffizienter APAP-Behandlung sowie Umsetzung von genügend langer Schlafdauer i.R. der Nachtarbeit wiederholt werden. Die Ergebnisse und das weitere Prozedere werden mit dem Patienten in der Verhaltenstherapie bei Schlafstörungen besprochen.

Bei nicht-kooperativen Verhalten behalten wir uns die Meldunq an das Strassenverkehrsamt vor (SVG Art. 14).

Bei leichtem Schweregrad des OSAS in Abwesenheit relevanter Tagesschläfrigkeit besteht keine Indikation der Behandlung mit APAP.

**Zusammenfassend** zeigt diese Polysomnographie einen störanfälligen Schlaf mit Wachreaktionen aus dem REM Schlaf heraus, betont zwischen 2- 4 Uhr, begleitet von HF-Anstiegen bis 110/Min. Es liegen keine relevante schlafbezogene Atmungsstörung oder periodischen Beinbewegungen vor. Die Tagesuntersuchungen zeigen keine Tagesschläfrigkeit im MSLT(30.8.), allerdings im MWT am 31.8. nach einer kurzen Nacht von 6 h eine deutliche eingeschränkte Fähigkeit des Wachbleibens. Die Aktigraphie zeigte eine suboptimale Schlafhygiene mit verlängerten Hauptruhephasen am Wochenende. Zur Besprechung der Resultate und des weiteren Procederes ist eine Konsultation am 30.09.2021 in der oberärztlichen Schlafsprechstunde bei Dr. med. Meichtry geplant.

Der PLM-Index ist 25.9/h, ohne Arousalassoziation.

**Zusammenfassend** zeigt diese Polysomnographie eine schwere, rückenlage-assoziierte, obstruktive Schlaf-Apnoe mit einem AHI von 44.9/h (AHI supine 64.8/h, AHI non-supine 17.3/h). Die periodischen Beinbewegungen PLMI 25.9/h lösen keine Arousals oder Wachereignisse hervor. Zur Besprechung der Resultate und des weiteren Procederes ist eine Konsultation am 15.10.2021 in der neuropneumologischen Schlafsprechstunde vereinbart.