

Sömnutredning

Läs hela frågan innan du besvarar frågan. Välj rätt alternativ eller skriv in den efterfrågade uppgiften för de tre senaste månaderna. Markera också om svaret är nekande.

1. Datum för ifyllande av blanketten _____ / _____ 20_____
2. Efternamn och förnamn _____
3. Personbeteckning _____
4. Yrke eller arbete _____
5. Har du skiftesarbete? 1 ja 2 nej
6. Har du körkort? 1 ja 2 nej
7. Längd (cm) _____ Vikt för närvarande (kg) _____
8. Hur många timmar sover du i genomsnitt per natt?

9. Hur många timmar sover du i genomsnitt under ett dygn inklusive tupplurar?

10. När sover du under vardagarna? Markera sovtiden med ett streck.
Klo 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

11. När sover du under lediga dagar? Markera sovtiden med ett streck.
Klo 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

12. Brukar du ta en tupplur på dagen?
 - 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
 - 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
 - 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
 - 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
 - 5 dagligen eller nästan dagligen

13. Om du tar en tupplur på dagen, hur länge sover du i regel? _____ timmar _____ minuter

14. Känner du dig trött under dagen (du skulle vilja vila, men inte nödvändigtvis sova)?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 dagligen eller nästan dagligen

15. Känner du dig sömning under dagen (så, att du skulle vilja sova)

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 dagligen eller nästan dagligen

16. Händer det att du slumrar till ofrivilligt?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 dagligen eller nästan dagligen

17. Har du någonsin slumrat till när du kört bil eller något annat motorfordon?

- 1 aldrig
- 2 ja, hur många gånger _____

18. Har du råkat ut för en trafikolycka eller någon annan olycka på grund av trötthet?

- 1 aldrig
- 2 ja, hur många gånger _____

19. Hur sannolikt är det att du slumrar till eller somnar i följande situationer i motsats till att du bara känner dig trött?

Även om du inte har varit med om alla situationer nedan på sistone, försök att sätta dig in i hur de skulle ha påverkat dig. Använd följande skala.

0 ja skulle aldrig slumra till

1 liten risk att slumra till

2 måttlig risk att slumra till

3 stor risk att slumra till

	0	1	2	3
Sitter och läser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter överksam på ett sammanträde, teatern eller lyssnar på en föreläsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som passagerare i en bil under en timme utan rast.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligger och vilar på eftermiddagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter och pratar med någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter tyst efter en lunch utan alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I en bil som under några minuter stannat till i trafikljusen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har du haft besvär med att somna på kvällen?

1 aldrig eller mer sällan än varje månad

2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)

3 ibland (1-2 gånger i veckan)

4 ofta (3-5 gånger i veckan)

5 varje natt eller nästan varje natt

21. Hur ofta vaknar du under natten?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt

22. Ifall du vaknar under natten, hur många gånger per natt vaknar du?

- 1 jag brukar inte vakna under natten
- 2 en gång per natt
- 3 två gånger per natt
- 4 3-4 gånger per natt
- 5 minst 5 gånger per natt

23. Vaknar du för tidigt på morgonen utan att somna om?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt

24. Har du använt sömnmediciner?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt

25. Känner du ett behov av att röra på benen eller har du obehagliga förnimmelser på kvällarna eller om nätterna?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt

26. Stör förnimmelserna i benen dig att somna eller din sömn?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt

27. Snarkar du när du sover?

- 1 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 2 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 5 varje natt eller nästan varje natt
- 6 jag kan inte säga

28. Hurudant är ditt snarkande (fråga andra vid behov)?

- 1 jag snarkar inte
- 2 jag snarkar regelbundet
- 3 jag snarkar mycket högljutt och oregelbundet
- 4 jag kan inte säga

29. Har du avbrott i andningen (sömnapnéer) medan du sover?

- 1 varje natt eller nästan varje natt
- 2 ofta (3-5 gånger i veckan)
- 3 ibland (1-2 gånger i veckan)
- 4 sporadiskt (mer sällan än en gång per vecka)
- 5 aldrig eller mer sällan än varje månad
- 6 jag kan inte säga

30. Bedömning av snarkning

Dra en vertikal linje till den punkt i bedömningsskalan som bäst beskriver din situation i genomsnitt under de senaste 3 månaderna.

En annan persons (t.ex. partners) uppskattning av snarkningens intensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ingen snarkning mycket högljudd snarkning,
din partner går till ett annat rum

31. Har någon av nedanstående sjukdomar diagnostiserats hos dig?

<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> depression
<input type="checkbox"/> hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> högt blodtryck
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> annan långtidssjukdom: vilken?

32. Har du genomgått en sömnregistrering tidigare?

1 nej

2 ja Var? _____

Vilket år? _____

33. Har du genomgått snarkningsoperation? När?

1 nej

2 ja, året _____

34. Använder du apnéskena eller bettskena när du sover?

1 nej

2 ja, apné-skena

3 ja, bettskena

35. Röker du?

1 aldrig

2 jag har slutat, när? _____

3 jag röker i genomsnitt _____ cigaretter om dagen

4 jag har varit rökare i _____ år

36. Hur mycket dricker du kaffe, te och uppfriskande drycker per dag? _____ koppar.

37. Hur många restaurangportioner (restaurangportion = en flaska mellanöl, 12 cl vin, 4 cl ren alkohol) dricker du i genomsnitt per vecka?

- 1 inte alls
- 2 under 10
- 2 10-20
- 3 20-30
- 4 mer än 30 portioner

38. Har du utöver dessa frågor något mer att berätta om ditt sovande och problem angående det eller din vakenhet under dagen?

39. Använder du regelbundet eller nästan regelbundet läkemedel? Vilka och hur ofta? Ange också kvälls-/nattmediciner och läkemedel som fås utan recept.