



NAVN: \_\_\_\_\_ FØDT: \_\_\_\_\_

Gift/Samboer

Enslig

Yrke: \_\_\_\_\_

Hvilken stillingsprosent jobber du? \_\_\_\_\_

Er du sykemeldt nå? Nei  Ja  , i hvilken grad? \_\_\_\_\_ %

Er du uføretrygdet? Nei  Ja  , i hvilken grad? \_\_\_\_\_ %

Er du pensjonist? Nei  Ja

Er du arbeidsledig? Nei  Ja

Hvis yrkesaktiv:

Har du skiftarbeid? Nei  Ja  Vet ikke

[Hvis Ja] Hvilke typer skiftarbeid?

Bare natt  Både dag og natt  Annet

Hvor mange timer er en vanlig arbeidsdag/skift? \_\_\_\_\_

Starter du noen ganger arbeidsdagen mellom 04 og 06? Ja  Nei

Har du vakttjeneste slik at du må rykke ut om natten? Ja  Nei

Har du en arbeidstidsordning som regelmessig overlapper med tidspunkt du vanligvis sover? Ja  Nei

Hvis ja, forårsaker dette søvnløshet og/eller søvnighet som følge av redusert søvnmengde? Ja  Nei

Hvis ja (på spørsmålet rett over), har dette vart i minst 3 måneder? Ja  Nei

**Hvor ofte har du mindre enn 11 timers fri mellom to arbeidsøkter?**

Aldri       1-3 dager per mnd       1-2 dager per uke       3 dager per uke eller oftere

**Har du planlagte arbeidsperioder på mer enn 7 dager i strekk med mer enn 10,5 timer per dag (komprimert arbeidstid)?**      Ja       Nei

**Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?** \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ mnd

**Omtrent hvor mange timer med søvn får du vanligvis i løpet av natten?** \_\_\_\_\_ timer \_\_\_\_\_ min

**Hvor ofte tar du en høneblund (inkl. ufrivillige høneblunder)?** \_\_\_\_\_ dager per uke

**Hvor lang tid bruker du vanligvis på å sovne (etter at lysene er skrudd av)?** \_\_\_\_\_ timer \_\_\_\_\_ min

**Hvor mange ganger våkner du vanligvis i løpet av natten?** \_\_\_\_\_

**Stort sett, vil du si at din helse er:**

Utmerket       Meget god       God       Nokså god       Dårlig

**Alt i alt, når du tenker på hvordan du har det for tiden, hvor tilfreds er du med livet ditt?**

**Sett kryss ved tallet som du synes stemmer best for deg:**

Lite tilfreds    1     2     3     4     5     Svært tilfreds

**Har du merket følgende besvær siste 3 måneder? Sett kryss i riktig rute for hvert spørsmål.**

	Aldri	Sjelden Noen ganger pr år	Iblant Noen ganger pr mnd	For det meste Flere ganger pr uke	Alltid
Snorking (ifølge andre)					
Pustepauser under søvn (ifølge andre)					
Trett/søvnig på arbeid eller på fritiden					

I løpet av den siste måneden, hvor stort problem har følgende tilstander vært for deg?

Sett kryss i riktig rute.

	Ikke problem	Litt problem	Noe problem	Mye problem	Veldig mye problem
Nesetetthet					
Problemer med å puste med nesen					
Problemer med å få nok luft gjennom nesen når jeg trener					

Hvor sannsynlig er det at du dør av eller sovner i følgende situasjoner, i motsetning til kun å føle deg trett? Bruk følgende skala for å velge det mest passende tall for hver situasjon:

0 – Ville aldri døse/sovne

1 - En liten sjanse for å døse/sovne

2 – Moderat sjanse for å døse/sovne

3 – Stor sjanse for å døse/sovne

Sjans for å døse/sovne (0-3)

Sitte og lese	
Se på TV	
Sitte , inaktiv på et offentlig sted (f.eks. på teater eller et møte)	
Som passasjer på en en-times biltur uten pause	
Legg deg for å hvile om ettermiddagen hvis omstendighetene tillater det	
Sitte og snakke med noen	
Sitte stille etter lunsj (uten å ha inntatt alkohol)	
I en bil, som har stoppet for noen få minutter i trafikken	

**Når du ler, blir glad eller sint eller er i en spennende situasjon, har du plutselig fått hakeslepp, sviktet i knærne, hodet har falt ned eller lignende?**

Aldri  1-5 ganger i løpet av livet  Månedlig  Ukentlig  Daglig eller nesten daglig

**Har du ofte livlige drømmer i *innsovningsperioden*?**

Nei  Ja, av og til  Ja, ofte  Vet ikke

**Har du ofte en opplevelse av å være helt *lammet* i muskulaturen ved oppvåkning?**

Nei  Ja, av og til  Ja, ofte  Vet ikke

**Vær vennlig og sett ring rundt det alternativet (antall dager pr. uke) som passer best for deg.**

**0 er ingen dager i løpet av en uke, 7 er alle dager i løpet av en uke.**

I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du brukt mer enn 30 min for å sovne inn etter at lysene ble slukket?	0	1	2	3	4	5	6	7
I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært våken mer enn 30 min innimellom søvnen?	0	1	2	3	4	5	6	7
I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du våknet mer enn 30 min tidligere enn du har ønsket uten å få sove igjen?	0	1	2	3	4	5	6	7
I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du følt deg for lite uthvilt etter å ha sovet?	0	1	2	3	4	5	6	7
I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært så søvnig/trett at det har gått utover skole/jobb eller privatlivet?	0	1	2	3	4	5	6	7
I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært misfornøyd med søvnen din?	0	1	2	3	4	5	6	7

**1. Har du en *trang* til å bevege beina eller armene, vanligvis i forbindelse med ubehag eller ubestemmelig kribling eller mauring i ben eller armer?**

Ja                       Nei                       Vet ikke

**2. Hvis ja, begynner eller øker denne *trangen* når du er i ro, som for eksempel når du ligger eller sitter?**

Ja                       Nei                       Vet ikke

**3. Er *trangen* for bevegelse eller de ubehagelige kriblingene delvis eller helt borte når du er i bevegelse, som f.eks. når du går eller når du strekker deg?**

Ja                       Nei                       Vet ikke

**4. Er *trangen* for bevegelse eller de ubehagelige kriblingene verre sent på dagen eller om natten enn resten av dagen?**

Ja                       Nei                       Vet ikke

**Totalt sett, hvor plagsomt opplever du denne *trangen*?**

Ikke plagsom                       Noe plagsom                       Veldig plagsom

**Er du morgenmenneske (A) eller kveldsmenneske (B)?**

- Utpreget morgenmenneske
- Mer morgen- eller kveldsmenneske
- Verken eller
- Mer kvelds- enn morgenmenneske
- Utpreget kveldsmenneske

**Opplever du at søvnproblemet ditt er relatert til døgnrytmen din?**

Nei                       Ja, litt                       Ja, mye                       Vet ikke

**Siste 3 måneder: Har du gått i søvne?**

- Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Vet ikke

**Siste 3 måneder: Har du skadet deg selv eller andre i søvne?**

- Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Vet ikke

**Siste 3 måneder: Har du utøvet seksuelle handlinger i søvne?**

- Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Vet ikke

**Siste 3 måneder: Har du spist mat i søvne?**

- Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Vet ikke

**Siste 3 måneder: Har du hatt mareritt?**

- Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Vet ikke

For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uken**. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

**1. Jeg føler meg nervøs og urolig:**

- 3 - Mesteparten av tiden  
 2 - Mye av tiden  
 1 - Fra tid til annen  
 0 - Ikke i det hele tatt

**2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene**

**slik jeg pleide før:**

- 0 - Avgjort like mye  
 1 - Ikke fullt så mye  
 2 - Bare lite grann  
 3 - Ikke i det hele tatt

**3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje:**

- 3 - Ja, og noe svært ille  
 2 - Ja, ikke så veldig ille  
 1 - Litt, bekymrer meg lite  
 0 - Ikke i det hele tatt

**4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner:**

- 0 - Like mye nå som før  
 1 - Ikke like mye nå som før  
 2 - Avgjort ikke som før  
 3 - Ikke i det hele tatt

**5. Jeg har hodet fullt av bekymring:**

- 3 - Veldig ofte
- 2 - Ganske ofte
- 1 - Av og til
- 0 - En gang i blant

**7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet:**

- 0 - Ja, helt klart
- 1 - Vanligvis
- 2 - Ikke så ofte
- 3 - Ikke i det hele tatt

**9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen:**

- 0 - Ikke i det hele tatt
- 1 - Fra tid til annen
- 2 - Ganske ofte
- 3 - Svært ofte

**11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv:**

- 3 - Uten tvil svært mye
- 2 - Ganske mye
- 1 - Ikke så veldig mye
- 0 - Ikke i det hele tatt

**13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk:**

- 3 - Uten tvil svært ofte
- 2 - Ganske ofte
- 1 - Ikke så veldig ofte
- 0 - Ikke i det hele tatt

**6. Jeg er i godt humør:**

- 3 - Aldri
- 2 - Noen ganger
- 1 - Ganske ofte
- 0 - For det meste

**8. Jeg føler meg som om alt går langsommere:**

- 0 - Nesten hele tiden
- 2 - Svært ofte
- 1 - Fra tid til annen
- 0 - Ikke i det hele tatt

**10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut:**

- 3 - Ja, jeg har sluttet å bry meg
- 2 - Ikke som jeg burde
- 1 - Kan hende ikke nok
- 0 - Bryr meg som før

**12. Jeg ser med glede fram til hendelser og ting:**

- 0 - Like mye som før
- 1 - Heller mindre enn før
- 2 - Avgjort mindre enn før
- 3 - Nesten ikke i det hele tatt

**14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV:**

- 0 - Ofte
- 1 - Fra tid til annen
- 2 - Ikke så ofte
- 3 - Svært sjelden

Er du for tiden under utredning for psykiske plager?

Ja  Nei

**Hvor mange koffeinholdige drikker (kaffe, te, cola) inntar du pr. dag?**

Angi antall kopper/glass: \_\_\_\_\_

Angi også antall kopper koffeinholdig drikke du inntar etter kl. 17.00: \_\_\_\_\_

**Hvor mye røyker du (antall sigaretter per dag)?** \_\_\_\_\_

**Angi ditt alkoholforbruk :**

Daglig       3-5 dager/uke       1-2 dager/uke       Sjeldent       Aldri

**Er søvnproblemene dine verre om vinteren?**

Nei       Ja, litt       Ja, mye

**Har du tendens til å døse av eller sovne når du kjører?**

Nei       Ja, av og til       Ja, ofte       Har ikke førerkort

**Har du forårsaket trafikkuhell grunnet egen søvnighet?**

Nei       Ja       Har ikke førerkort

**Har du plager med halsbrann eller sur smak i munnen om natten?**

Nei       Ja, av og til       Ja, ofte

**Når legger du deg vanligvis på hverdager? Kl.:** \_\_\_\_\_

**Når står du vanligvis opp på hverdager? Kl.:** \_\_\_\_\_

**Hva er vekten din (sånn omtrent)?** \_\_\_\_\_ kg

**Hva er høyden din (sånn omtrent)?** \_\_\_\_\_ cm



Velg et tall fra 1 til 7 som angir i hvor stor grad de er enig med hvert enkelt utsagn, der 1 angir at du er helt uenig og 7 at du er helt enig. (Sett ring rundt ett tall for hvert utsagn). Svar ut fra hvordan du har følt deg den siste uken.

	Helt uenig						Helt enig
1. Jeg blir fort sliten og uopplagt	1	2	3	4	5	6	7
2. Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk	1	2	3	4	5	6	7
3. Det at jeg er sliten og uopplagt, skaper ofte vanskeligheter for meg	1	2	3	4	5	6	7
4. Det at jeg er sliten og uopplagt, hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid	1	2	3	4	5	6	7
5. Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på evnen til å utføre visse oppgaver og plikter	1	2	3	4	5	6	7
6. Det at jeg er sliten og uopplagt, er ett av de tre symptomene som hemmer meg mest	1	2	3	4	5	6	7
7. Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente	1	2	3	4	5	6	7

**Bruker du sovemedisiner for tiden?** Ja  Nei

Hvis **Ja**, hvor mange netter per uke bruker du sovemedisiner? \_\_\_\_\_

**Har du tidligere blitt behandlet for søvnforstyrrelser?**

- Nei
- Ja, med operasjon
- Ja, med CPAP
- Ja, med lysbehandling
- Ja, med annen type behandling

**Har du tidligere fått påvist?**

- Hjerteinfarkt    Ja     Nei
- Hjerneslag      Ja     Nei

**Har du tidligere fått påvist?**

**Får du *medikamentell* behandling for dette nå?**

Diabetes mellitus/sukkersyke	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Hypertensjon/høyt blodtrykk	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
KOLS	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Astma	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Depresjon	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

**Har du andre sykdommer/lidelser?**

Spesifiser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hva slags medisiner/naturpreparater bruker du?**

Spesifiser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_