

I løpet av den siste måneden, hvor stort problem var de følgende symptomer for deg? Sett kryss i riktig rute.

| | Ikke et problem | Veldig lite problem | Moderat problem | Ganske stort problem | Alvorlig problem |
|--|-----------------|---------------------|-----------------|----------------------|------------------|
| Tilstoppet nese eller nesetetthet | | | | | |
| Vanskeligheter med å puste gjennom nesene min | | | | | |
| Ute av stand til å få tilstrekkelig med luft gjennom nesene under trening eller anstrengelse | | | | | |

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

1-5 ganger i løpet av livet

månedlig

ukentlig

daglig eller nesten daglig

Har du ofte livlige drømmer i *innsøvningsperioden*?.....Nei Ja, av og til Ja, ofte Vet ikke

Har du ofte en opplevelse av å være helt *lammet* i

muskulaturen ved oppvåkninger?..... 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 minutter 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 minutter 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 minutter 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 søvnlig/trett at det har gått ut over 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 muring i bein eller armer?.....Nei Ja Vet ikke

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

3. Er *trangen* for bevegelse eller de ubehagelige kriblingene delvis eller helt borte når du er i bevegelse, som for eksempel når du går eller når du strekker deg?..... Nei Ja Vet ikke

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

| | |
|--|---|
| <p>1. Jeg føler meg nervøs og urolig</p> <input type="checkbox"/> 3-Mesteparten av tiden <input type="checkbox"/> 2-Mye av tiden <input type="checkbox"/> 1-Fra tid til annen <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt | <p>8. Jeg føler meg som om alt går langsommere</p> <input type="checkbox"/> 3-Nesten hele tiden <input type="checkbox"/> 2-Svært ofte <input type="checkbox"/> 1-Fra tid til annen <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt |
| <p>2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før</p> <input type="checkbox"/> 0-Avgjort like mye <input type="checkbox"/> 1-Ikke fullt så mye <input type="checkbox"/> 2-Bare lite grann <input type="checkbox"/> 3-Ikke i det hele tatt | <p>9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen</p> <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> 1-Fra tid til annen <input type="checkbox"/> 2-Ganske ofte <input type="checkbox"/> 3-Svært ofte |
| <p>3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje</p> <input type="checkbox"/> 3-Ja, og noe svært ille <input type="checkbox"/> 2-Ja, ikke så veldig ille <input type="checkbox"/> 1-Litt, bekymrer meg lite <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt | <p>10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut</p> <input type="checkbox"/> 3-Ja, jeg har sluttet å bry meg <input type="checkbox"/> 2-Ikke som jeg burde <input type="checkbox"/> 1-Kan hende ikke nok <input type="checkbox"/> 0-Bryr meg som før |
| <p>4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner</p> <input type="checkbox"/> 0-Like mye nå som før <input type="checkbox"/> 1-Ikke like mye nå som før <input type="checkbox"/> 2-Avgjort ikke som før <input type="checkbox"/> 3-Ikke i det hele tatt | <p>11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv</p> <input type="checkbox"/> 3-Uten tvil svært mye <input type="checkbox"/> 2-Ganske mye <input type="checkbox"/> 1-Ikke så veldig mye <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt |
| <p>5. Jeg har hodet fullt av bekymring</p> <input type="checkbox"/> 3-Veldig ofte <input type="checkbox"/> 2-Ganske ofte <input type="checkbox"/> 1-Av og til <input type="checkbox"/> 0-En gang i blant | <p>12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting</p> <input type="checkbox"/> 0-Like mye som før <input type="checkbox"/> 1-Heller mindre enn før <input type="checkbox"/> 2-Avgjort mindre enn før <input type="checkbox"/> 3-Nesten ikke i det hele tatt |
| <p>6. Jeg er i godt humør</p> <input type="checkbox"/> 3-Aldri <input type="checkbox"/> 2-Noen ganger <input type="checkbox"/> 1-Ganske ofte <input type="checkbox"/> 0-For det meste | <p>13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk</p> <input type="checkbox"/> 3-Uten tvil svært ofte <input type="checkbox"/> 2-Ganske ofte <input type="checkbox"/> 1-Ikke så veldig ofte <input type="checkbox"/> 0-Ikke i det hele tatt |
| <p>7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet</p> <input type="checkbox"/> 0-Ja, helt klart <input type="checkbox"/> 1-Vanligvis <input type="checkbox"/> 2-Ikke så ofte <input type="checkbox"/> 3-Ikke i det hele tatt | <p>14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV</p> <input type="checkbox"/> 0-Ofte <input type="checkbox"/> 1-Fra tid til annen <input type="checkbox"/> 2-Ikke så ofte <input type="checkbox"/> 3-Svært sjelden |

Er du for tiden under behandling for psykiske plager?..... Nei Ja

Hvor mange koffeinholdige drikker (kaffe, te, cola) inntar du per dag? Angi antall kopper/glass....._____

Angi også antall koffeinholdige kopper/glass 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 pleier du å stå 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 du 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 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 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?.....netter/uke

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 Nei Ja Nei

Hypertensjon/ høyt blodtrykk Ja Nei Ja Nei

KOLS Ja Nei Ja Nei

Astma Ja Nei Ja Nei

Angina pectoris Ja Nei Ja Nei

Depresjon Ja Nei Ja Nei

Har du andre sykdommer/lidelser? Spesifiser: _____

Hva slags medisiner/naturpreparater bruker du? Spesifiser:
