

## MAYO SØVNSKJEMA - informant

1. Har du noen gang opplevd at PAS har prøvd å "agere" ut drømmer i søvne?  
(slått/fektet i luften med armene, ropt eller skreket?)  Ja  Nei

**Dersom ja**

- a) Hvor lenge har dette foregått?   år   mnd.
- b) Har PAS noen gang blitt skadet pga denne oppførselen?  Ja  Nei
- c) Har en sengepartner blitt skadet pga oppførselen?  Ja  Nei  Har ingen sengepartner
- d) Har PAS fortalt om drømmer hvor PAS ble jaget/angrepet som involverte forsvar av seg selv?  Ja  Nei  Har aldri fortalt deg om drømmer
- e) Dersom PAS våknet og fortalte om en drøm, stemte detaljene i drømmen med bevegelsene PAS gjorde i søvne?  Ja  Nei  Har aldri fortalt deg om drømmer

2. Rykker, napper eller trekker det i PAS's ben mens PAS sover? (Ikke bare ved innsovning)  Ja  Nei

3. Klager PAS over en urolig, prikkende eller kriblende følelse i bena som forstyrrer PAS's evne til å sovne eller forbli sovende?  Ja  Nei

**Dersom ja**

- a) Forteller PAS deg at disse fornemmelsene i bena avtar når PAS begynner å gå og bevege seg?  Ja  Nei
- b) Når synes disse fornemmelsene å være på det verste?  før kl 0600  etter kl 1800

4. Har PAS noen gang vandret rundt i soverommet eller i boligen i søvne?  Ja  Nei

5. Har PAS noen gang snorket eller fått kvelningsfornemmelser i våken tilstand?  Ja  Nei

6. Virker det som om PAS av og til stopper å puste i søvne?  Ja  Nei

**Dersom ja**

- a) Blir PAS behandlet for dette? (e.g. CPAP)  Ja  Nei

7. Har PAS krampe i bena om kvelden? (Også kalt leggkramper med intense smerter i visse muskler i bena)  Ja  Nei

8. Gradér PAS's generelle årvåkenhet de siste 3 ukene på en skala fra 0 til 10

<i>sover</i>											<i>helt og</i>	
<i>hele dagen</i>											<i>normalt våken</i>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvor sannsynlig er det at PAS **døser av** eller **sovner** i situasjonene nedenfor, i motsetning til kun å føle seg trett? Dette refererer til PAS's normale livsrytme de siste 3 ukene. Selv om PAS ikke har gjort noe av dette nylig, prøv å forklare hvordan dette har påvirket PAS. Gradér PAS's mulighet for å døse av i hver enkelt situasjon.

**Situasjon**

**Sjansen for å døse av**

- |  |                                |                                |                                  |                              |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Sitte og lese  | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Se TV  | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Sitte passiv på et offentlig sted (f. eks teater eller møte) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Som passasjer i bil i en time, uten pause                    | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Legge seg ned for å hvile om ettermiddagen                   | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Sitter og snakker med noen                                   | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| Sitter rolig etter lunsj uten alkohol                        | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |
| I bil mens den stopper et par minutter i trafikken           | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Moderat | <input type="checkbox"/> Høy |