

Hversu líkleg(ur) ertu þú til þess að dotta eða sofna við eftirfarandi aðstæður, en ekki að verða einungis þreytt(ur)?

Jafnvel þó að þú hafir ekki gert alla þessa hluti nýlega, reyndu þá að meta hvaða áhrif þeir hefðu haft á þig. Notaðu kvarðann hér fyrir neðan til þess að velja það sem á best við um þig í hverju tilfelli fyrir sig.

Aðstæður sem ég:

Líkur á að dotta eða sofna

	Engar	Litlar	Talsverðar	Miklar
• Sit og les	☐	☐	☐	☐
• Horfi á sjónvarp	☐	☐	☐	☐
• Sit aðgerðarlaus og fylgist með (t.d. í leikhúsi eða á fundi)	☐	☐	☐	☐
• Er farþegi í bíl í eina klukkustund án stopps	☐	☐	☐	☐
• Leggst fyrir um eftirmiðdaginn þega aðstæður leyfa	☐	☐	☐	☐
• Sit og spjalla við einhvern	☐	☐	☐	☐
• Sit í rólegheitum eftir máltíð (án vins)	☐	☐	☐	☐
• Sit í bíl sem hefur verið stöðvaður í nokkrar mínútur vegna umferðar	☐	☐	☐	☐

Fyllist út af starfsmönnum Landspítala háskólasjúkrahúss

Samtals



SVEFNRRANNSÓKNIR LUNGNADÉILD

FOSSVOGI • 108 Reykjavík • Sími 543 6040 • Fax 543 6019 • Netfang cpap@landspitali.is



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Spurningalisti um svefn og öndunartruflanir

LUNGNADÉILD	Dagsetning	dag	mán.	ár
Heimilislæknir				
Tilvísandi læknir				

Persónuatriði sjúklings

Nafn

Kennitala

Heimili

Heimasími

Vinnusími

Farsími

Eftirfarandi spurningar hjálpa okkur að meta heilsufar þitt og svefn. Ef þú ert í vafa hvernig svara eigi tiltekinni spurningu skalt þú svara henni eftir bestu getu eða merkja við þann kost sem þér finnst komast næst réttu svari. Það er afar mikilvægt að þú svarir þessum spurningum samviskusamlega.

Eftirfarandi spurningum er svarað með því að merkja í viðeigandi reiti:

Reykir þú núna?

- ☐ Já, daglega
- ☐ Já, þó ekki daglega
- ☐ Nei, ég hætti fyrir árum
- ☐ Nei, hef ekki reykt

Ef þú reykir, hvað reykir þú?

- ☐ Sígarettur (eingöngu)
- ☐ Sígarettur og annað tóbak
- ☐ Vindla (eingöngu)
- ☐ Pípu (eingöngu)
- ☐ Vindla og pípu

Magn tóbaks á dag

Hefur þú verið í eftirliti vegna einhverra sjúkóma seinustu árin? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvers vegna?

Hefur þú einhvern tíma legið á sjúkrahúsi s.l. 10 ár? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvers vegna?

Hvaða lyf tekur þú daglega?



GAGNASMÍÐJA LSH/MVG/200903

Spurningalisti um svefn og öndunartruflanir

II

Eftirfarandi spurningum er svarað með því að setja hring utan um ákveðna tölu sem gefur til kynna hve oft eitthvað kemur fyrir.

Dæmi:

Hve oft þjáist þú af höfuðverk?

1

2

3

4

5

Með því að merkja við 3 gefur þú til kynna að þú þjáist af höfuðverk einu sinni til tvisvar í viku.

Hve oft eiga eftirfarandi fullyrðingar við þig?

Úthvöld(ur) þegar þú vaknar	1	2	3	4	5
Syjaður/syfjuð að deginum til	1	2	3	4	5
Erfitt með að sofna á kvöldin	1	2	3	4	5
Vaknar of snemma og átt erfitt með að sofna aftur	1	2	3	4	5
Þreyttur/þreytt að degi til	1	2	3	4	5
Vaknar með höfuðverk	1	2	3	4	5
Óróleg(ur) í svefni	1	2	3	4	5
Svitnar mikið á nóttunni	1	2	3	4	5
Vaknar oft á nóttunni	1	2	3	4	5
Vaknar skyndilega og finnst þú ekki geta andað	1	2	3	4	5
Vaknar vegna hitakófa	1	2	3	4	5
Vaknar með hjartslátt	1	2	3	4	5
Sofnar ósjálfrátt að degi til, t.d. við hlé á vinnu	1	2	3	4	5
Sofnar ef þú slappar af, t.d. fyrir framan sjónvarpið	1	2	3	4	5
Leggur þig að degi til	1	2	3	4	5
Næstum sofnaður/sofnuð undir stýri Settu kross hér ef þú keyrir ekki ☐	1	2	3	4	5
Verður skyndilega máttlaus og getur ekki hreyft þig, t.d. þegar þú ert að vakna eða sofna	1	2	3	4	5
Finnur fyrir skyndilegu máttleysi, t.d. við geðshræringu	1	2	3	4	5
Finnur fyrir brjóstviða eftir að hafa lagt þig	1	2	3	4	5
Finnur til brjóstviða að degi til	1	2	3	4	5
Finnur fyrir nefstíflu að næturlagi	1	2	3	4	5
Hefur verið sagt að þú hættir að anda í svefni	1	2	3	4	5
Hrýtur í svefni Ef svo er, verður maki fyrir óþægindum? Já ☐ Nei ☐	1	2	3	4	5
Notar nefúða	1	2	3	4	5
Notar þú svefnlyf ef svo er, hvaða tegund? _____	1	2	3	4	5

Spurningalisti um svefn og öndunartruflanir

III

Svaraðu spurningunum með því að krossa í viðeigandi reiti

1. Finnur þú fyrir mikilli löngun til að hreyfa fæturnar þegar þú situr kyrr eða liggur?

☐ Aldrei

☐ Sjaldan (einu sinni í mánuði eða sjaldnar)

☐ Stundum (2–4 sinnum á mánuði)

☐ Oft (5–15 sinnum á mánuði)

☐ Mjög oft (meira en 15 sinnum á mánuði)

Ef svarið er „Aldrei“, sleppið þá þremur næstu spurningum (2-4)

2. Fylgja hreyfilönguninni óþægindi í fótum eða fótleggjum eins og sviði, doði, stingir, eirðarleysi eða verkir?

☐ Nei

☐ Já

3. Lagast óþægindin tímabundið með því að ganga eða hreyfa fæturna?

☐ Nei

☐ Já

4. Hvenær eru óþægindin og/eða löngunin til að hreyfa fæturnar verst?

☐ Á morgnana (fram að hádegi)

☐ Eftir hádegi (fyrir kvöldmat)

☐ Á kvöldin (eftir kvöldmat)

☐ Við háttatíma

☐ Enginn munur eftir tíma dags

IV

Svaraðu spurningunum með því að krossa í viðeigandi reiti. Ef þú er óörugg(ur), veldu þá NEI

1. Hefur þú einhvern tíma síðustu 12 mánuði tekið eftir pípi, surgi eða ýli fyrir brjóstí? Já ☐ Nei ☐

Ef svarið er JÁ, svarið spurningum 1.1 og 1.2

1.1 Hefur þú fundið fyrir mæði samfara pípi eða surgi? Já ☐ Nei ☐

1.2 Hefur þú tekið eftir svona pípi eða surgi án þess að þú værir með kvef? Já ☐ Nei ☐

2. Hefur þú einhvern tíma seinustu 12 mánuði vaknað með þyngsli fyrir brjóstí? Já ☐ Nei ☐

3. Hefur þú einhvern tíma seinustu 12 mánuði vaknað vegna mæðiskasta? Já ☐ Nei ☐

4. Hefur þú einhvern tíma síðustu 12 mánuði vaknað vegna hóstakasta? Já ☐ Nei ☐