



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Göngudeild barna 20E

SPURNINGALISTI
UM SVEFNVENJUR BARN

Persónuatriði sjúklings:

Nafn þess sem svarar spurningunum:

Tengsl/skyldleiki við barnið:

Heimasími:	Vinnusími:	Farsími:
------------	------------	----------

- Leiðbeiningar:**
- * Vinsamlegast svarið spurningunum á eftirfarandi lista um hegðun barns þíns í svefni og vöku.
 - * Spurningarnar eiga við vanalega hegðun barnsins, ekki endilega á undanförunum dögum enda geta möguleg veikindi haft áhrif þar á.
 - * Ef þú ert ekki viss um hvernig svara á einhverjum spurningum ert þú hvattur/hvött til að leita til maka, barns eða læknis um aðstoð.
 - * Svarið spurningunum með því að merkja í viðeigandi reiti.

ALMENNAR UPPLÝSINGAR UM BARN ÞITT

Dagsetning nú:	<input type="checkbox"/> Drengur <input type="checkbox"/> Stúlka	Hæð nú (cm):	Þyngd nú (kg):	Skólaár (ef við á):
1. Hrýtur barnið þitt meira en helming þess tíma sem það sefur?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
2. Hrýtur barnið þitt alltaf í svefni?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
3. Hrýtur barnið þitt háværum hrotum í svefni?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
4. Er andardráttur barnsins þíns þungur eða hávær þegar það sefur?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
5. Á barnið þitt erfitt með að anda í svefni eða erfiðar það við að ná andanum þegar það sefur? ..	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
6. Hefur þú einhvern tíma orðið vitni að því að barnið þitt hætti að anda á nóttunni?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
7. Hefur barnið þitt tilhneigingu til að anda í gegnum munninn að degi til?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
8. Er barnið þitt þurr í munnum þegar það vaknar á morgnana?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
9. Kemur það fyrir að barnið þitt vætir rúmið (pissar undir)?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
10. Vaknar barnið þitt á morgnana þannig að því finnst það ekki hafa hvílst vel?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
11. Á barnið í erfiðleikum vegna dagsyfju?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
12. Hefur kennari eða annar umsjónaraðili nefnt að barnið þitt virðist syfjað á daginn?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
13. Er erfitt að vekja barnið þitt á morgnana?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
14. Vaknar barnið þitt með höfuðverk á morgnana?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
15. Hefur hægt óeðlilega á vaxtarhraða barnsins þíns á einhverju tímabili frá fæðingu?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
16. Er barnið þitt yfir kjörþyngd (of þungt)?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
17. Barnið virðist oft ekki hlusta þegar talað er við það?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
18. Barnið á oft erfitt með að skipuleggja verkefni og athafnir?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
19. Barnið lætur auðveldlega truflast af utanaðkomandi áreitum?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
20. Barnið hreyfir oft hendur eða fætur í eirðarleysi eða iðra í sætinu?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
21. Barnið er oft mjögt virkt eða hagar sér líkt og í því sé mótur sem haldi því stöðugt gangandi? ..	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	
22. Barnið truflar eða ónáðar oft aðra (t.d. treður sér inn í samræður eða leiki)?	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Veit ekki	