

För att bättre kunna utvärdera i vilken omfattning du påverkas av dina besvär är det viktigt att du fyller i denna enkät och skickar in den i bifogad svarskuvert

Dagens datum

Namn Personnummer

Yrke Telefon dagtid

Längd Vikt BMI (ifylles av läkare)

	Aldrig	Ibland	Ofta	Alltid
1a. Snarkar Du när Du sover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Är snarkningen socialt handikappande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du enligt anhöriga andningsuppehåll när Du sover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känner Du dig trött a. på morgnarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. på dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Om Du kör bil, tenderar Du att nicka till vid ratten och måste stanna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Drabbas du av ofrivilliga insomningsattacker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.a. Vaknar Du flera gånger under natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har Du svårt att somna om när Du vaknat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har Du svårt att somna in på kvällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sover Du mindre än sex timmar per natt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har Du enligt anhöriga ryckningar i benen under sömn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lider Du av sura uppstötningar/halsbränna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du besvärande nästäppa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. a. Upplever Du någon gång obehagskänslor t ex domningar, pinnningar, myrkrypningar, stickningar, smärta i benen eller armarna (Obehagskänslan kan kännas djupt i benet/armen och vara svår att beskriva)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
b. Uppkommer besvären i vila och lindras av aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Har Du svårt för att vara helt stilla när besvären uppstår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Förvärras obehagen kvälls- och nattetid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Lätta	Måttliga	Svåra	Mycket svåra
e. Sammantaget, hur vill Du klassificera dessa obehagskänslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur troligt är det att du skulle slumra till eller somna i nedanstående situationer, till skillnad från att bara känna dig trött? Det avser ditt vanliga levnadssätt på senaste tiden. Även om det inte har varit så nyligen, så försök att komma på hur det skulle ha påverkat dig. Kryssa i det alternativ som passar bäst in för dig.

Hur troligt är det att du slumrar in om du...	Risk att somna in				
	Ingen	Liten	Måttlig	Stor	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center; vertical-align: middle;"> ESS </div>	Sitter och läser?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter och tittar på TV?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter överksam på allmän plats (t.ex. teater eller ett möte)?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter som passagerare i en bil i en timme utan paus?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Ligger ner och vilar på eftermiddagen om omständigheterna tillåter?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter och pratar med någon?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter stilla efter att ha ätit lunch (utan alkohol)?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
	Sitter i en bil som stannat några minuter i trafiken?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

Dagsömnighetsvärde (ESS-score) summan av värdena vid ikryssade rutor:

	Nej	Ja	Kommentar (använd extra papper vid behov)
Kör Du bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är Du yrkeschaufför?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja", vilken yrkeskår?
Har Du varit med om trafikincident p. g. a. trötthet/sömnighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är Du sjukskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja", för vad och sen när?
Är Du ensamboende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du högt blodtryck och eller behandlas med mediciner emot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du haft hjärtinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja" i så fall när?
Har Du haft stroke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja" i så fall när?
Har Du kärlekskramp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du sockersjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja" hur behandlas Du, med insulin, tabletter eller kost?
Behandlas eller kontrolleras Du regelbundet hos någon läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja", för vad?
Äter Du några mediciner inkl sömnmediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja", vilka? Dosering? Ta gärna med en lista vid läkarebesöket
Röker Du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja", hur många? cigaretter/dygn, sen när?
Intar Du alkohol (öl, vin sprit) mer än tre-fyra dagar i veckan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du allergiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om "Ja" mot vad?

Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd vara?

Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt

Hur ofta känner Du dig sömning under dagen?

Nästan varje dag 1-2 ggr/vecka 3-5 gånger per vecka Mindre än 1 g/vecka Mindre än 1 g/månad

Ifylles av sjukvårdspersonal:

BMI ESS CVD AHI Min sat Summa: ?/21