

שאלון שינה – שירותי בריאות כללית

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
גיל: _____ גובה: _____ משקל: _____ מצב משפחתי: _____

הנך מתבקש לענות על השאלות הבאות ע"י הקפה בעיגול סביב מספר התשובה המתאימה לך ביותר.
במידת האפשר, מומלץ למלא את השאלון יחד עם אדם התגורר עמך בבית.

אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	תמיד		
0	1	2	3	4	האם אתה עייף במשך היום?	1
0	1	2	3	4	האם אתה מרגיש ירידה ביכולת התפקוד (זיכרון) היומיומית?	2
0	1	2	3	4	האם אתה סובל מקושי להישאר ער במשך היום?	3
0	1	2	3	4	האם אתה נרדם במשך היום למרות מאמציך להישאר ער?	4
0	1	2	3	4	האם אתה נרדם באופן בלתי רצוני תוך (צפייה בטלוויזיה, סרט, בקריאה, בנסיעה (לא כנהג)?	5
0	1	2	3	4	האם אתה נרדם במצבים לא שגורתיים כגון: תוך כדי אכילה, בעת שיחה בטלפון, באירוע חברתי, בנהיגה?	6
0	1	2	3	4	האם אתה נוחר?	7
0	1	2	3	4	האם אמרו לך שאתה מפסיק לנשום או נחנק במהלך השינה?	8
0	1	2	3	4	האם אתה מתעורר עם פה יבש בבוקר?	9
0	1	2	3	4	האם אתה מתעורר בבוקר עם כאבי ראש?	10
0	1	2	3	4	האם אתה מרטיב בלילה?	11
0	1	2	3	4	כמה פעמים בממוצע בלילה אתה יוצא לשירותים?	12
0	1	2	3	4	האם אתה מתקשה להירדם בלילה?	13
0	1	2	3	4	האם אתה מתעורר בלילה ומתקשה להירדם שנית?	14
0	1	2	3	4	האם אתה מתעורר מוקדם מהמתוכנן בבוקר ולא יכול להמשיך לישון?	15
0	1	2	3	4	האם אתה מתקשה לקום בבוקר? מתעורר עייף?	16
0	1	2	3	4	האם אתה משתמש בתרופות שינה או הרגעה?	17
0	1	2	3	4	האם אתה שותה אלכוהול?	18
0	1	2	3	4	האם אתה סובל מבעיה גופנית הפוגעת בשנתך?	19
0	1	2	3	4	האם אתה סובל מבעיה נפשית הפוגעת בשנתך?	20
0	1	2	3	4	האם אתה עובד משמרות?	21
0	1	2	3	4	האם נאמר לך כי אתה בועט או זז הרבה בשנתך?	22
0	1	2	3	4	האם ידוע לך על התנהגות או תנועות לא רגילות במהלך השינה?	23

האם אתה מעשן?כן / לא
כמה כוסות משקה המכיל קפאין (קפה, תה, קולה) הנך שותה לאחר 3 אחר הצהריים?