

## QUESTIONARIO DEL SONNO

A CHE ORA VA DI SOLITO A LETTO?..... A CHE ORA SI ALZA?.....

HA UNA SENSAZIONE DI IRREQUIETEZZA ALLE GAMBE QUANDO SI METTE A LETTO? SI NO

QUANTO IMPIEGA GENERALMENTE PER ADDORMENTARSI?.....

QUANTE VOLTE IN GENERE SI SVEGLIA LA NOTTE?.....

RUSSA MENTRE DORME? SI NO NON SO

LE VIENE RIFERITO CHE INTERROMPE IL RESPIRO DURANTE IL SONNO? SI NO

SI SVEGLIA CON LA SENSAZIONE DI SOFFOCAMENTO O FAME D'ARIA? SI NO

HA UN'ECESSIVA SUDORAZIONE LA NOTTE? SI NO

SCALCIA DURANTE IL SONNO? SI NO NON SO

DIGRIGNA I DENTI LA NOTTE? ? SI NO NON SO

CAMMINA DURANTE LA NOTTE? SI NO

LE RIFERISCONO CHE DURANTE IL SONNO FA' MOVIMENTI O PARLA? SI NO

SI ALZA PER URINARE LA NOTTE? SI NO

DI SOLITO SI ALZA RIPOSATO? SI NO

SI RISVEGLIA CON CEFALEA? SI NO

DURANTE IL GIORNO SI SENTE STANCO E AFFATICATO? SI NO

HA DIFFICOLTA' DI CONCENTRAZIONE O DISTURBI DI MEMORIA? SI NO

PRESENTA ECESSIVA SONNOLENZA DI GIORNO? SI NO

FA PISOLINI DURANTE IL GIORNO? SI NO

HA LE STESSE ABITUDINI NEL DORMIRE DURANTE LA SETTIMANA ED IL WEEK END? SI NO

QUALI FARMACI STA ASSUMENDO?.....

.....

QUANTI CAFFE' BEVE DURANTE IL GIORNO?.....

FUMA? SI NO SE SI QUANTE SIGARETTE AL GIORNO?.....

ASSUME ALCOOL PER FAVORIRE IL SONNO? SI NO