

| NOME e COGNOME ..... | DATA.....

## 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 STESSA ABITUDINI NEL DORMIRE DURANTE LA SETTIMANA ED IL WEEK END? SI  NO

| QUALI FARMACI STA ASSUMENDO PER FAVORIRE IL SONNO?.....

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

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

| ASSUME ALCOOL (vino, birra, superalcolici) LA SERA? SI  NO