



Реабилитационный центр "Левинштейн"

Клиника диагностики и исследования расстройств сна.

Тел.: 09-7709120, факс: 09-7709123

Анкета предназначена лицам обоих полов Первый визит __ Второй визит __

№ уд. личности _____

Дата заполнения анкеты: год _____ месяц _____ день _____

Фамилия _____ Имя _____

Дата рождения: год _____ месяц _____ день _____ возраст: _____ лет

Пол: 1 – мужской, 2 – женский

Ул. _____ № дома _____ Нас. пункт _____ Индекс _____

Домашний тел. _____ Мобильный тел. _____

Страна рождения _____ Год алии _____

Кол-во лет обучения _____ Профессия/должность _____

Рабочий тел. _____ Тел. супруга/ги _____

Имя супруга/ги _____

Семейное положение:

1. Женат 2. Разведен 3. Вдовец 4. Холост 5. В разлуке 6. Одинок

7. кол-во детей _____

Рост: _____ см; Вес: _____ кг

Среднее кол-во рабочих часов в будний день (воскр.-четв.) _____

Работаете ли вы посменно : (0 – нет, 1 – да)

Повышенное кровяное давление: (0 – нет, 1 – да)

Если да, то в течение скольких лет _____

1. Опишите проблемы со сном, которые вы испытываете:

2. Когда вы начали испытывать проблемы со сном?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. В последний месяц | 4. От года до пяти лет |
| 2. В последние полгода | 5. Свыше 5 лет |
| 3. В последний год | 6. Свыше 10 лет |

3. Прибегали ли вы к профессиональной помощи, прежде чем обратились к нам?
(0 – нет, 1 – да)

Если да, то к каким результатам пришли?

4. В котором часу вы обычно ложитесь спать (в котором часу гасите свет)? _____

5. Сколько времени проходит между тем, как вы ложитесь в постель, и тем, когда погасили свет? _____

6. Сколько времени, в среднем, у вас уходит на засыпание после того как погашен свет? _____

7. В котором часу вы встаете утром? _____

8. Меняются ли ваша модель сна в выходные дни? _____

9. Сколько раз в неделю вы просыпаетесь ночью?

1. 1-2 раза 2. 3-4 раза 3. Чаще пяти раз

10. Знаете ли вы, почему просыпаетесь? (0 – нет, 1 – да)

Поясните

11. Трудно ли вам снова заснуть? (0 – нет, 1 – да)

12. Когда вы в основном просыпаетесь:

1. В начале сна 2. В середине сна 3. Перед завершением сна 4. В течение всей ночи 5. Затрудняюсь ответить

13. Как вы считаете, вы спите:

1. Слишком много 2. Слишком мало 3. По потребности

14. В отеле или в гостях вы спите:
1. Лучше, чем дома
 2. Хуже, чем дома
 3. Так же
15. Как вы обычно просыпаетесь по утрам:
1. По звонку будильника
 2. Спонтанно
 3. Иначе
16. Отметьте наиболее подходящий ответ:
1. Мне легко просыпаться по утрам
 2. Мне трудно просыпаться по утрам
 3. Мне очень трудно просыпаться по утрам
 4. Я не могу проснуться утром
17. Ваш уровень бодрости в течение дня:
1. Очень высокий
 2. Высокий
 3. Средний
 4. Низкий
 5. Очень низкий
18. Чувствуете ли вы себя сонным в течение дня? (0 – нет, 1 – да)
19. Когда вы больше всего испытываете сонливость?
1. Утром
 2. Днем
 3. Вечером
 4. Постоянно
20. Когда вы ощущаете себя наиболее бодрым?
1. Утром
 2. Днем
 3. Вечером
 4. Постоянно
21. Если бы вы могли организовать для себя идеальный режим сна и бодрствования, вы бы отправлялись спать в _____ часов и вставали бы в _____ часов.
22. Случается ли вам внезапно засыпать в неурочное время, что ставит вас в неловкое положение? (0 – нет, 1 – да)

Если да, то в каких ситуациях, как надолго и с какой частотой подобное происходит?

23. Случалось ли вам заснуть (или почти заснуть) за рулем? (0 – нет, 1 – да)

24. Спите ли вы в дневное время в будние дни? (0 – нет, 1 – да)

Спите ли вы в дневное время в выходные? (0 – нет, 1 – да)

Сколько времени вы спите в течение дня? _____ минут

В какие часы? Между _____ и _____

В течение какого периода вы привыкли спать в дневное время _____ лет

25. Случалось ли, что вы не можете двинуться, несмотря на желание, в начале сна, после пробуждения или в процессе сна? (0 – нет, 1 – да)
26. Испытывали ли вы когда-либо непреодолимое желание поспать вне зависимости от того, чем были заняты в тот момент? (0 – нет, 1 – да)
27. Отметьте (0 – нет, 1 – да):
- Я перенес операцию по удалению миндалин в возрасте _____
- Я сломал нос в возрасте _____
28. Храпите ли вы во сне (0 – нет, 1 – да), с какого возраста _____
29. Храпите ли вы:
1. каждую ночь 2. большинство ночей 3. небольшое количество ночей 4. редкие ночи
30. Говорили ли вам, что вы храпите:
1. всю ночь 2. большую часть ночи 3. небольшую часть ночи 4. только изредка
31. Храпите ли вы громко, нарушая покой семьи? (0 – нет, 1 – да)
32. Говорили ли вам, что у вас происходит остановка дыхания во сне? (0 – нет, 1 – да)
33. Утром вы, как правило, просыпаетесь с чувством усталости? (0 – нет, 1 – да)
34. Сколько раз в неделю вы утром испытываете усталость? _____ раз
35. Часто ли вы испытываете ночную изжогу? (0 – нет, 1 – да)
36. Говорили ли вам, что вы бьете ногами или двигаете ими во сне? (0 – нет, 1 – да)
37. Ваш сон:
1. очень поверхностный 2. поверхностный 3. средний 4. глубокий 5. очень глубокий
38. Охарактеризуйте качество своего сна:
1. отличное 2. хорошее 3. удовлетворительное 4. низкое
39. Сколько часов ночного сна требуется вам, чтобы нормально функционировать в течение дня?
1. меньше 5 часов 2. 5-6 часов 3. 7-8 часов 4. 9-10 часов 5. 11-12 часов 6. более 12 часов
40. Сколько часов вы обычно спите ночью?

В будний день

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. Менее 5 часов | 4. 9-10 часов |
| 2. 5-6 часов | 5. 11-12 часов |
| 3. 7-8 часов | 6. Более 12 часов |

В выходной день

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. Менее 5 часов | 4. 9-10 часов |
| 2. 5-6 часов | 5. 11-12 часов |
| 3. 7-8 часов | 6. Более 12 часов |

41. Когда приближается час отхода ко сну, вы:

1. испытываете напряжение 2. нервничаете 3. тревожитесь 4. спокойны 5. испытываете сонливость 6. все вместе

42. Испытываете ли вы тревогу от одной мысли о том, что не сможете уснуть или что будете плохо спать?

1. всегда 2. часто 3. иногда 4. очень редко. 5. никогда

43. Сколько ночей в неделю вы с трудом засыпаете? _____ раз

44. Сколько времени у вас уходит на то чтобы заснуть

В проблемные ночи _____ минут

В непроблемные ночи _____ минут

45. Предпринимаете ли вы что-либо, чтобы помочь себе заснуть? Опишите, что именно

46. Ощущаете ли вы в последнее время, что вам сложно сконцентрироваться на работе и/или у вас возникли проблемы с памятью ? (0 – нет, 1 – да)

47. Оказывает ли повышение температуры воздуха, влажность, свет, шум в спальне существенное влияние на качество вашего сна? (0 – нет, 1 – да)

48. Отметьте:

1. За последний год я поправился на _____ кг

2. За последний год я похудел на _____ кг

3. За последний год мой вес не изменился

49. Считаете ли вы, что ваш нынешний вес:

- 1 Выше нормального для вас веса на _____ кг
2. Ниже нормального для вас веса на _____ кг
3. У вас нормальный вес

50. Вы занимаетесь физкультурой:

- 1 Каждый день
2. 3-5 раз в неделю
3. 1-2 раза в неделю
4. Не занимаетесь вовсе

51. Бывали ли у вас перечисленные явления во время сна?

	Частота	В каком возрасте началось	Когда было в последний раз	Полученное лечение
Разговор во сне				
Хожение во сне				
Скрежет зубами				
Энурез				
Пробуждение с криком				
Астматический приступ				
Кошмарные сны				

52. Курите ли вы? (0 – нет, 1 – да)

Если да, то с каких пор? _____

Сколько сигарет в день? _____

Если нет, курили ли вы прежде? (0 – нет, 1 – да)

Сколько сигарет в день? _____

Сколько лет? _____

53. Что вы пьете:

	Кол-во в день	Кол-во после 18:00	Кол-во в неделю
Черный кофе			
Растворимый кофе			
Кофе без кофеина			
Чай			
Газированные напитки			
Пиво			

Вино			
Водку			
Другие напитки			

54. Храпел ли кто-то из ваших родных или испытывал какие-либо проблемы со сном? (0 – нет, 1 – да)

Степень родства	Проблема	Лечение	Результаты лечения

55. Перечислите все лекарства, которые вы принимали для устранения проблем со сном:

Название препарата	Дневная доза	Период приема	Принимаете ли до сих пор?	Степень воздействия	Имя рекомендовавшего препарат врача

56. Перечислите лекарства, которые вы принимаете в настоящее время:

Название препарата	Дневная доза	Причина	Период приема	Имя рекомендовавшего препарат врача

57. Прежние госпитализации:

Год	Период госпитализации	Название больницы	Причина госпитализации	Полученное лечение	Лечащий врач

58. С какой частотой вы употребляли перечисленное ниже в течение последнего полугода:

	Не употреблял	Реже раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Несколько раз в неделю	Ежедневно	Несколько раз в день
Снотворное	1	2	3	4	5	6	7
Энергетики	1	2	3	4	5	6	7
Таблетки для снижения веса	1	2	3	4	5	6	7
Алкоголь	1	2	3	4	5	6	7
Марихуана-гашиш	1	2	3	4	5	6	7
ЛСД-Экстази	1	2	3	4	5	6	7

59. Медицинская история членов семьи

	Возраст	Болезни/медицинские проблемы	В случае кончины – возраст и причина
Супруга/супруг			
Дети			
Отец			
Мать			
Брат			
Сестра			

Есть ли у вас близнец? (0 – нет, 1 – да) Оdnойцевый (0 – нет, 1 – да)

60. Кто в вашей семье страдает гипертонией _____

61. Кто в вашей семье страдает ожирением _____

62. Испытываете ли вы вечером или перед отходом ко сну неприятные тягостные ощущения в ногах, из-за которых ощущаете беспокойство, которые иногда мешают вам заснуть?

1. каждый вечер 2. несколько вечеров в неделю 3. несколько вечеров в месяц 4. изредка 5. никогда

63. Вызывают ли у вас неприятные ощущения в ногах стремление двигать ими, благодаря чему наступает облегчение?

1. всегда 2. часто 3. редко 4. Никогда

64. С какой частотой **в последний месяц** вы испытывали перечисленные далее явления:

		Почти всегда	Очень часто	Иногда	Очень редко	Никогда
1.	Засыпали с трудом	5	4	3	2	1
2.	Несколько раз просыпались по неясной причине	5	4	3	2	1
3.	Пробуждались ранним утром и не могли больше уснуть	5	4	3	2	1
4.	С трудом засыпали после ночных пробуждений	5	4	3	2	1
5.	Испытывали усталость и бессилие с пробуждением утром, после нормального сна	5	4	3	2	1
6.	Храпели на протяжении большей части сна	5	4	3	2	1
7.	Просыпались с ощущением сухости во рту	5	4	3	2	1
8.	Пробуждались ото сна из-за ощущения удушья	5	4	3	2	1
9.	Засыпали в течение дня против воли (во время чтения сидя, прослушивания лекции, в кино, спокойно сидя после обеденной трапезы)	5	4	3	2	1
10.	Ощущали, что сон не освежает вас	5	4	3	2	1
11.	С трудом просыпались утром	5	4	3	2	1
12.	Принимаете ли вы снотворное или транквилизаторы?	5	4	3	2	1
13.	Страдаете ли вы бессонницей?	5	4	3	2	1
14.	Испытываете ли вы в поздние часы перед сном некое беспокойство в ногах, для снятия которого вы должны подвигать ими?	5	4	3	2	1

Epworth Sleepiness Scale (ESS)

В какой мере вас одолевает стремление вздремнуть или даже поспать в следующих ситуациях, а не просто ощущение усталости?

Вопросы относятся к вашей нынешней повседневной жизни. Даже если в последнее время вы не выполняли одно из действий и не находились в упомянутой ситуации, попытайтесь предположить, как они повлияли бы на вас.

Отметьте наиболее подходящий ответ на каждый вопрос, обведя кружочком соответствующую цифру (от 0 до 3)

Ситуация/действие	Вероятность засыпания			
	Высокая	Средняя	Незначительная	Отсутствует
Чтение в положении сидя	3	2	1	0
Сидение перед телевизором	3	2	1	0
Пассивное сидение в общественном месте (в театре, кино, на собрании)	3	2	1	0
Поездка в машине в качестве пассажира – <u>не водителя</u> - в течение часа	3	2	1	0
Укладывание на отдых в послеобеденное время, когда есть возможность	3	2	1	0
Беседа с кем-либо в положении сидя	3	2	1	0
Спокойное сидение после обеденной трапезы (без принятия алкогольного напитка)	3	2	1	0
Сидение в машине – <u>за рулем</u> – во время короткой остановки (на светофоре, в пробке)	3	2	1	0

65. The Barcelona Sleepiness Index (BSI)

(в течение последних недель)

Склонны ли вы к засыпанию или засыпаете ли в следующих ситуациях:

	Нет	Да	Да	Да
		Я испытываю сонливость, но не засыпаю	Я испытываю сонливость и засыпаю	Я невольно засыпаю
1 В утренние часы, в состоянии покоя		1	2	3
2 В послеполуденные часы, в состоянии спокойного стояния в общественном месте: ожидая получения услуги, автобуса или поезда, приятеля и т.д.		1	2	3

Медицинская анкета – заболевания

Сообщал ли вам врач о наличии у вас одного или нескольких перечисленных заболеваний:		Принимаете ли вы лекарство для лечения этого заболевания	
		Отметьте: 0 – нет, 1 - да	Отметьте: 0 – нет, 1 - да
1.			
2.	Повышенное кровяное давление		

	(гипертония)		
3.	Инсульт / травма головы		
4.	Диабет		
5.	Онкологическое заболевание		
6.	Язва желудка		
7.	Почечно-каменная болезнь		
8.	Психическое расстройство		
9.	Неврологическое заболевание		
10.	Боли в пояснице, шее, плечевом поясе		
11.	Заболевания суставов, включая колени, ревматические заболевания		
12.	Хронический бронхит, астма, эмфизема легких, другие легочные заболевания		
13.	Воспалительные заболевания кишечника, типа колита		
14.	Заболевания простаты / опущение матки		
15.	Хронические боли		
16.	Другие заболевания:		
17.	Испытываете ли вы <u>повышенную чувствительность к лекарствам?</u> Поясните:	Да	Нет
18.	Испытываете ли вы <u>повышенную чувствительность к нелекарственным веществам?</u> Поясните:	Да	Нет

Следующие вопросы касаются ваших ощущений в первые полчаса после того как вы просыпались утром и начинали день **в течение последней недели.**

В какой мере вы ощущали:

		Не ощуща л	Очень незначительн о	Незначительн о	Значительн о	В полно й мере
1	Усталость	1	2	3	4	5
2	Сонливость	1	2	3	4	5
3	Хорошее настроение	1	2	3	4	5
4	Чувство, что хорошо выспался	1	2	3	4	5

	ночью					
5	Бодренность	1	2	3	4	5
6	Энергичность	1	2	3	4	5
7	Готовность начать день	1	2	3	4	5
8	Ясность мышления	1	2	3	4	5
9	Злость - гнев	1	2	3	4	5

Перед вами 7 вопросов, касающихся качества и непрерывности вашего сна на протяжении последних недель. Отвечая на каждый вопрос, отметьте тот ответ, который наилучшим образом отражает ваше положение.

1. **Сложность засыпания** (0) нет (1) незначительно (2) средне (3) плохо (4) очень плохо
2. **Сложность в сохранении непрерывности сна** (0) нет (1) незначительно (2) средне (3) плохо (4) очень плохо
3. **Слишком ранее пробуждение** (0) нет (1) незначительно (2) средне (3) плохо (4) очень плохо
4. **Насколько вы удовлетворены качеством своего сна:**
(0) очень удовлетворен (1) удовлетворен (2) частично удовлетворен (3) неудовлетворен (4) очень неудовлетворен
5. **Насколько осведомлены окружающие вас люди о ваших проблемах со сном, отражающихся на качестве вашей жизни:**
(0) вообще не в курсе (1) очень поверхностно (2) отчасти (3) в значительной мере (4) в очень значительной мере
6. **Насколько вы обеспокоены / встревожены вашими нынешними проблемами со сном:**
(0) вовсе не встревожен (1) очень незначительно (2) немного (3) очень (4) очень значительно
7. **Насколько нынешние проблемы со сном влияют на ваше повседневное функционирование** (например, усталость в течение дня, настроение, способность выполнять рабочие обязанности и повседневные дела, способность концентрироваться, память и т.д.)
(0) не мешают (1) очень незначительно (2) незначительно (3) значительно (4) очень значительно