

## QUESTIONÁRIO DE SONO

Faça a gentileza de responder as questões abaixo para melhor compreensão do seu distúrbio de sono. A menos que haja alguma outra especificação todas as questões deveriam se referir aos últimos seis meses.

Nome :

Idade:

Peso:

Altura:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

Profissão:

Encaminhado pelo(a) Dr.(a):

01 - A que horas V. habitualmente se deita nos dias de semana? \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

02 - E nos fins-de-semana? \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

03 - Quanto tempo V. demora para dormir após ter se deitado? \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

04 - Você tem tido dificuldade para começar a dormir? Sim Não

Após deitar-se Você:

05 - fica pensando nos seus problemas? Sim Não

06 - se sente triste ou deprimido? Sim Não

07 - sente tensão muscular? Sim Não

08 - sente medo de não conseguir dormir? Sim Não

09 - se sente paralisado? Sim Não

10 - sente inquietude, caimbras, dor ou formigamento nas pernas  
que aliviam quando se movimenta ou mexe as pernas? Sim Não

11 - tem algum tipo de sensação de ver ou ouvir coisas como se  
fosse um sonho, embora sabendo que está acordado? Sim Não

- |  |           |         |
|--|-----------|---------|
| 12 - tem algum tipo de dor?                    | Sim       | Não     |
| 13 - Quantas horas V. dorme?                   | ____h     | ____min |
| 14 - V. se acorda durante a noite?             | Sim       | Não     |
| 15 - Quantas vezes V. acorda?                  | ____vezes |         |
| 16 - Quantas vezes V. levanta durante a noite? | ____vezes |         |

Seu sono é perturbado por:

- |               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| 17 - calor?   | Sim | Não |
| 18 - frio?    | Sim | Não |
| 19 - luz?     | Sim | Não |
| 20 - barulho? | Sim | Não |

Com que freqüência V. acorda devido a:

- |   |      |           |                 |
|---|------|-----------|-----------------|
| 21 - ataques de asma?                     | Raro | Freqüente | Muito freqüente |
| 22 - tosse persistente?                   | Raro | Freqüente | Muito freqüente |
| 23 - falta de fôlego                      | Raro | Freqüente | Muito freqüente |
| 24 - ardência no estômago ou na garganta? | Raro | Freqüente | Muito freqüente |
| 25 - fome?                                | Raro | Freqüente | Muito freqüente |
| 26 - sede?                                | Raro | Freqüente | Muito freqüente |

- |  |           |     |
|--|-----------|-----|
| 27 - Quantas vezes V. levanta à noite para urinar? | ____vezes |     |
| 28 - V. ronca?                                     | Sim       | Não |
| 29 - V. tem congestão nasal?                       | Sim       | Não |
| 30 - V. tem paradas respiratórias durante o sono?  | Sim       | Não |
| 31 - V. transpira muito dormindo?                  | Sim       | Não |

Enquanto dorme, Você:

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 32 - fala?  | Sim | Não |
| 33 - caminha?   | Sim | Não |
| 34 - range os dentes?                                 | Sim | Não |
| 35 - acorda com sonhos violentos, gritando e confuso? | Sim | Não |
| 36 - tem sacudidas bruscas nas pernas?                | Sim | Não |
| 37 - tem convulsões?                                  | Sim | Não |
| 38 - acorda durante a noite com dor de cabeça?        | Sim | Não |
| 39 - acorda por causa de dor?                         | Sim | Não |

Se respondeu Sim à questão anterior, que tipo de dor?

40 - no peito?	Sim	Não
41 - no estômago?	Sim	Não
42 - nas costas, músculos, articulações?	Sim	Não
43 - outra?	Sim	Não

Pela manhã V. acorda:

44 - a que horas?	____h	____min
45 - com dor de cabeça?	Sim	Não
46 - com sensação de que não descansou durante o sono?	Sim	Não
47 - sentindo-se paralisado?	Sim	Não
48 - ouvindo ou vendo coisas, embora sabendo que está acordado?	Sim	Não
49 - V. tem ataques incontroláveis de sono? (Por exemplo, dorme enquanto fala com alguém, come, dirige, assiste TV ou lê)	Sim	Não
50 - V. já teve acidentes de trabalho devido à sonolência ou fadiga?	Sim	Não
51 - V. já teve acidentes de trânsito devido à sonolência ou fadiga?	Sim	Não
52 - Quantas vezes você “sesteia” durante o dia?	____vezes	
53 - Após cada “sesta” V. se sente bem?	Sim	Não
54 - V. costuma Ter sonhos nos períodos das “sestas”?	Sim	Não
55 - V. tem episódios de fraqueza muscular súbita quando ri, fica bravo ou em qualquer outra situação emocional?	Sim	Não
56 - V. tem sentido alteração de memória?	Sim	Não
57 - V. tem se sentido mais agressivo ou impaciente?	Sim	Não
58 - V. sente que seu interesse por sexo tem diminuído?	Sim	Não

Quantas dessas bebidas V. consome:	nas 24 horas	2h antes de dormir
59 - copos de cerveja	_____	_____
60 - copos de vinho	_____	_____
61 - doses de uísque/cachaça	_____	_____
62 - café	_____	_____
63 - chimarrão	_____	_____
64 - chá	_____	_____
65 - refrigerante	_____	_____

66 - Cite os remédios que você toma:

67 – Cite as cirurgias que V. fez desde criança até hoje:

68 - Cite os p[roblemas de saúde que V. já teve:

Seus pais tiveram ou têm:

69 - diabete	Sim	Não
70 - doença cardíaca	Sim	Não
71 - câncer	Sim	Não
72 - doença pulmonar	Sim	Não
73 - ronco	Sim	Não
74 - artrite	Sim	Não
75 - doença mental	Sim	Não
76 - pressão alta	Sim	Não
77 - derrame	Sim	Não
78 - insônia	Sim	Não