

Identificación **Fecha**

Durante el último mes

¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- muy insatisfecho bastante insatisfecho insatisfecho
 término medio satisfecho bastante satisfecho
 muy satisfecho

¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

| | Ninguno | 1-2d/s | 3d/s | 4-5d/s | 6-7d/s |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Conciliar el sueño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Permanecer dormido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lograr un sueño reparador | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Despertar a la hora habitual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Excesiva somnolencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 10-15 minutos 16-30 minutos 31-45 minutos
 45-60 minutos más de 60 minutos

¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- ninguna vez 1 vez 2 veces
 3 veces más de 3 veces

Si normalmente se despertó. Ud. piensa que se debe a ...

- dolor necesidad de orinar ruido
 otros. Especificar:

¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo. ¿cuánto tiempo antes?

- se ha despertado como siempre media hora antes
 1 hora antes entre 1 y 2 horas antes
 más de 2 horas antes

Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

- 91-100% 81-90% 71-80%
 61-70% 60% o menos

Identificación **Fecha**

¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por este motivo?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

| | Ninguno | 1-2d/s | 3d/s | 4-5d/s | 6-7d/s |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ronquidos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ronquidos con ahogo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimientos de las piernas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pesadillas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

INSOMNIO:

HIPERSOMNIO: