

Insomnia Severity Index

Name: _____ Date: _____

1. Hvor væsentlig å angir hvor store vansker du har med å sovne til for tiden (se side 2 i kven?)

	Ingen	Lite	Middels	Avsejlig	Vedlig
a. Vansker med å sovne inn:	0	1	2	3	4
b. Vansker med å holde seg sovende:	0	1	2	3	4
c. Vansker med å jeg våkne for tidlig:	0	1	2	3	4

2. Hvor forstyrrelsesnivå er dette ditt nåværende søvnproblem?

Fullstendig forstyrret	Fremst	Ikke forstyrret	Ikke forstyrret	Veldig lite forstyrret
0	1	2	3	4

3. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige funksjon (for eksempel: evne på å daglig, evne til å fungere på arbeidsplassen, gjennomsnitt, helse, humør, funksjon, etc.)?

Forstyrrer ikke i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Forstyrrer i veldig stor grad
0	1	2	3	4

4. Hvor vanlig tror du det er for andre å ha søvnproblemer som avveier din livskvalitet?

Ikke vanlig i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Vanlig i veldig stor grad
0	1	2	3	4

5. Hvor bekymret/angst er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Bekymret i veldig stor grad
0	1	2	3	4

ENKEL KARTLEGGING AV SØVNVANSKER – fylles ut av pasient

Navn: Fødselsdate: Date for utfylling av skjemaet:

Har du problemer med innsovning?

☐nei ☐lite ☐veldig

Har du problemer med urolig søvnrytme eller hyppige oppvåkninger?

☐nei ☐lite ☐veldig

Har du problemer med tidlig morgneoppvåkning (siste oppvåkning)?

☐nei ☐lite ☐veldig

Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?

☐nei ☐lite ☐veldig

Går søvnproblemet utover funksjonen din på dagtid?

☐nei ☐lite ☐veldig

Når legger du deg vanligvis? Kl.

Når våkner du opp om morgnes? Kl.

Er du ute i daglys? ☐daglig ☐av og til ☐sjelden

Har du samme søvnmonster i helgene? ☐ja ☐nei

Tar du deg en «stanslunde» i løpet av dagen? ☐ja ☐nei

Hender det at du sovner på uopasende steder/tider? ☐ja ☐nei

Hvor mye søvn får du vanligvis i løpet av natten?

Bruker du sovemedisiner? ☐ja ☐nei

Angi type og dose:

Mojjonerer du? ☐ja ☐nei Når på dagen?

Kaffe/te/cola/energidrikk per dag: Ener kl. 17:

Skjermaktivitet (TV, PC, mobilE) siste time før sovnet? ☐ja ☐nei ☐av og til

Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?

Større måltid siste 2 r før sovnet? ☐ja ☐nei ☐av og til

Hva tror du selv er årsaken til søvnproblemene?

Insomnia Severity Index

Navn: Dato:

1. Vær vennlig å angi hvor store vansker du har med søvnen nå for tiden (de siste 2 ukene)?

	Ingen	Milde	Moderate	Alvorlige	Veldige
a. Vansker med å sovne inn:	0	1	2	3	4
b. Vansker med å holde meg sovende	0	1	2	3	4
c. Vansker med at jeg våkner for tidlig	0	1	2	3	4

2. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmonster?

Veldig fornøyd	Fornøyd	Nøytral	Misfornøyd	Veldig misfornøyd
0	1	2	3	4

3. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige fungering (for eksempel tretthet på dagtid, evne til å fungere på arbeid/daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør, etc.)?

Forstyrrer ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Forstyrrer i veldig stor grad
0	1	2	3	4

4. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer som svekker din livskvalitet?

Ikke synlig i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Synlig i veldig stor grad
0	1	2	3	4

5. Hvor bekymret/plaget er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Bekymret i veldig stor grad
0	1	2	3	4

Moore CW. (1995). Insomnia: Psychological assessment and management. New York: The Guilford Press. 73 north and 55th Parkway

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08)	Tir-Ons	Son-Man	Man-Tir	Tir-Ons	Ons-Tor	Tor-Fre	Fre-Lør	Lør-Son
Dato (husk å notere dato hver dag):	15.08.12							

Fyller ut om morgenen angående natten som har vært:

1. Sovemedisin (navn og styrke) og/eller alkohol (type, mengde)	Innovene 7,5 mg							
2. Jeg gikk til sengs kl.	22:30							
3. Jeg sto av lyst kl.	23:00							
4. Etter at lyst var slått av, søvnet jeg innom (ca. antall minutter)	45 min							
5. Antall oppvåkninger i løpet av natten (for siste oppvåkning)	3							
6. Varighet av hver oppvåkning (ca. antall minutter)	15, 30, 80 min							
7. Jeg våknet opp siste gang (for jeg stod opp til ny dag kl.)	06:15							
8. Jeg stod opp kl.	06:40							
9. Siste søvn søvn totalt sett var: 1=veldig lite, 2=lit, 3=modellen, 4=dyg, 5=veldig dyg	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

10. Jeg har i løpet av dagen fungert: 1=veldig bra, 2=bra, 3=okent eller, 4=derlig, 5=veldig derlig	4							
11. Jeg blander på dagtid fra kl. - til kl. (Ett eksempel for alle blander)	16-18:30, 18:25-19:30							

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08)	Tir-Ons	Son-Man	Man-Tir	Tir-Ons	Ons-Tor	Tor-Fre	Fre-Lør	Lør-Son
Dato (husk å notere dato hver dag):	15.08.12							

Fyller ut om morgenen angående natten som har vært:

1. Sovemedisin (navn og styrke) og/eller alkohol (type, mengde)	Innovene 7,5 mg							
2. Jeg gikk til sengs kl.	22:30							
3. Jeg sto av lyst kl.	23:00							
4. Etter at lyst var slått av, søvnet jeg innom (ca. antall minutter)	45 min							
5. Antall oppvåkninger i løpet av natten (for siste oppvåkning)	3							
6. Varighet av hver oppvåkning (ca. antall minutter)	15, 30, 80 min							
7. Jeg våknet opp siste gang (for jeg stod opp til ny dag kl.)	06:15							
8. Jeg stod opp kl.	06:40							
9. Siste søvn søvn totalt sett var: 1=veldig lite, 2=lit, 3=modellen, 4=dyg, 5=veldig dyg	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

10. Jeg har i løpet av dagen fungert: 1=veldig bra, 2=bra, 3=okent eller, 4=derlig, 5=veldig derlig	4							
11. Jeg blander på dagtid fra kl. - til kl. (Ett eksempel for alle blander)	16-18:30, 18:25-19:30							



Søvndagbok

Enkle kartleggingsskjemaer

2. Kartlegging

Insomnia Severity Index

Navn: _____ Dato: _____

1. Vær vennlig å angi hvor store vansker du har med søvnen nå for tiden (de siste 2 ukene)?

	Ingen	Milde	Moderate	Alvorlige	Veldige
a. Vansker med å sovne inn:	0	1	2	3	4
b. Vansker med å holde meg sovende	0	1	2	3	4
c. Vansker med at jeg våkner for tidlig	0	1	2	3	4

2. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmonster?

Veldig fornøyd	Fornøyd	Nøytral	Misfornøyd	Veldig misfornøyd
0	1	2	3	4

3. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige fungering (for eksempel tretthet på dagtid, evne til å fungere på arbeid/daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør, etc.)?

Forstyrrer ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Forstyrrer i veldig stor grad
0	1	2	3	4

4. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer som svekker din livskvalitet?

Ikke synlig i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Synlig i veldig stor grad
0	1	2	3	4

5. Hvor bekymret/plaget er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Bekymret i veldig stor grad
0	1	2	3	4

Navn:

Søvnloggbok uket:

Eksempel (Tir 14.08 – Ons 15.08):

Tir-Ons

Dato (fyll ut om du noterer dato hver dag):

15.08.12

Søn-Man

Man-Tir

Tir-Ons

Ons-Tor

Tor-Fre

Fre-Lør

Lør-Søn

Fyll ut om morgenen angående natten som har vært:

1. Sovemedisin (navn og styrke) og/eller alkohol (type, mengde)	Insomne 7,5 mg							
2. Jeg gikk til sengs kl.	22:30							
3. Jeg sto av lyst kl.	23:00							
4. Etter at lyst var slått av, sømnet jeg innen (ca. antall minutter)	45 min							
5. Antall oppvåkninger i løpet av natten (for siste oppvåkning)	3							
6. Varighet av hver oppvåkning (ca. antall minutter)	15, 30, 60 min							
7. Jeg våknet opp siste gang (for jeg stod opp til ny dag) kl.	06:15							
8. Jeg stod opp kl.	06:40							
9. Siste natt søvn totalt sett var: 1= veldig lett, 2= lett, 3= middels, 4= dyp, 5= veldig dyp.	1							

Fyll ut om kvelden angående dagen som har vært:

10. Jeg har i løpet av dagen fungert: 1= veldig bra, 2= bra, 3= verken eller, 4= dårlig, 5= veldig dårlig	4							
11. Jeg blasket på digital trykkl., til kl. (kløkketett for alle blodene)	06:00-30, 18:15-18:30							







Sovndagbok

Enkle kartleggingsskjemaer

2. Kartlegging