Лист за оценка на съня

Име на пациента: _____

Навици и особености на съня	
Обичаен час на лягане:	
Обичаен час на събуждане:	
Средна продължителност на съня на нощ:	
Колко време средно ви отнема да заспите след лягане?	
Колко пъти се събуждате през нощта?	
Спите ли през деня? Ако да, колко често и за колко време?	

Качество на съня	
Когато се събудите сутрин, чувствате ли се отпочинали?	
Как бихте оценили съня си като цяло (0 = ужасен, 10 = отличен)?	
Някой казвал ли ви е, че хъркате или спирате да дишате по време на сън?	
Имате ли неспокойни крака или нужда да движите краката си през нощта?	
Имате ли лоши сънища или кошмари?	

Среда на съня	
Имате ли рутина преди лягане (например четене, слушане на музика)?	
Използвате ли телефон, телевизор или други екрани непосредствено преди сън?	

Пиете ли кафе, енергийни напитки или газирани напитки с кофеин след 15:00 ч.?	
Използвате ли алкохол, канабис или други субстанции, за да ви помогнат да заспите?	

Здраве и сън	
Имате ли натрапчиви мисли или тревожите ли се много, когато се опитвате да заспите?	
Събуждате ли се от паника или от силно разстройващи сънища?	
Има ли болка или друг медицински проблем, който затруднява съня ви?	
Работите ли на нощни смени или имате ли необичаен график на съня?	

Вашите цели за съня	
Какво бихте искали да промените или подобрите в съня си?	