

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE O SONO

NOME: _____

DATA: _____ **IDADE:** _____ **MÉDICO** _____

1) Atualmente, como você considera sua a qualidade de seu sono ?

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Ruim
- Muito Ruim

2) Ao deitar para dormir, quantos minutos demora para pegar no sono?

- 0 a 15 minutos
- 16 a 30 minutos
- 31 a 60 minutos
- mais de 60 minutos

3) Aproximadamente quantas vezes você acorda durante a noite ?

- 0 – 1 vezes
- 2 – 3 vezes
- 4 - 5 vezes
- Mais de 5 vezes

4) Aproximadamente quantas horas você consegue dormir a cada noite ?

- Mais de 8 horas
- 7 a 8 horas
- 6 a 5 horas
- Menos de 5 horas

5) Tem se sentido sonolento durante o dia ?

- Nunca
- Um pouco
- Bastante
- Sempre

6) Já consultou com médico para falar do seu sono ?

- Sim
- Não

7) Você toma algum medicamento prescrito por algum médico para ajudar a dormir?

- Sim
- Não

8) Você toma algum medicamento prescrito ou não, para ajudar a dormir?

- Sim
- Não

9) No último mês quantas vezes tomou algum medicamento para ajudar a dormir?

- Nenhuma 1 a 2 vezes 3 a 6 vezes 7 a 14 vezes 15 a 20 vezes Mais de 20 vezes