

Questionário de Avaliação de Sono:

Por favor, responda às seguintes perguntas para nos ajudar a avaliar o seu problema relacionado ao sono.

Nome: _____

(SOBRENOME, Nome)

Data: _____

Qual é a probabilidade de você **cochilar** ou **adormecer** nas seguintes situações, em contraste com apenas sentindo cansado? Isso se refere à sua vida diária normal. Mesmo se você não tiver feito alguma dessas atividades recentemente, tentar responder como eles podem afetá-lo.

Use a seguinte escala e marcar a resposta apropriada para cada situação

0 = nenhuma probabilidade de adormecer

1 = pequena chance de adormecer

2 = possibilidade moderada de adormecer

3 = possibilidade alta de adormecer

Situation	Possibilidade de adormecer			
Sentado e lendo	0	1	2	3
Assistindo TV	0	1	2	3
Sentado inativo num lugar público; um teatro ou durante uma reunião	0	1	2	3
Como passageiro num carro por mais de uma hora sem parar	0	1	2	3
Deitado para descansar à tarde quando o tempo permite	0	1	2	3
Sentado conversando com alguém	0	1	2	3
Sentado calmamente após o almoço (sem consumir álcool)	0	1	2	3
No carro, parado no trânsito	0	1	2	3