



VRAGENLIJST SLAAPLAB

INHOUD

01	Inleiding	4
02	Administratieve gegevens	5
03	Slaap algemeen	8
04	Slaapschema	10
05	Slaaphygiëne en bedgewoonten	12
06	Slapeloosheid	13
07	Beweging/parasomnie	14
08	Snurken en slaapapnoe	15
09	Slaperigheid overdag	17
10	Psychische gegevens	20
11	Familiale gegevens	21
12	Medische gegevens en gezondheid	23
13	Aanvullingen	27

01 INLEIDING

U hebt een afspraak voor de raadpleging slaapstoornissen. Voor deze consultatie hebben wij informatie van u nodig. Daarom vragen we u om deze vragenlijst in te vullen. Dat duurt 45 à 60 minuten. We vragen u om zo nauwkeurig mogelijk op alle vragen te antwoorden. De informatie die u ons geeft, wordt strikt vertrouwelijk behandeld en is onderworpen aan het medisch geheim. Gelieve dit document mee te brengen naar de consultatie.

02 ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Algemeen

Datum waarop het document is ingevuld: / /

Datum van de consultatie: / /

Mijn partner: ik ben (omcirkelen) gehuwd samenwonend alleenstaand

Wie vult de vragenlijst in? (omcirkelen) ikzelf partner samen

Vul de volgende persoonsgegevens in:

Voornaam:

Naam:

Adres:

Gemeente:

Postcode:

Land:

Telefoon thuis:

Telefoon werk:

GSM:

Fax:

E-mail:

Beroep:

Opleidingsniveau:

Geboortedatum:

Geslacht: Mannelijk Vrouwelijk

Lengte (cm):

Gewicht (kg):

Verwijzing

Ik ben verwezen door (omcirkelen):

huisarts specialist partner mezelf kennis

(Indien huisarts) Naam en adres:

.....
.....

(Indien specialist) Naam en adres:

.....
.....

Wilt u dat uw huisarts een verslag ontvangt?

Ja Nee

Ziekteverzekering

Bent u aangesloten bij een mutualiteit? Ja Nee

Zo ja, bij welke?

Aansluitingsnummer:

Hebt u een aanvullende hospitalisatieverzekering? Ja Nee

Zo ja, bij welke maatschappij bent u aangesloten?

Naam maatschappij:

Polisnummer:

Datum aansluiting: / /

03 SLAAP ALGEMEEN

1 Wat is uw belangrijkste slaapprobleem?

2 Hoelang hebt u dit probleem al? (aantal jaren en maanden)

3 Hebt u andere slaap- of waakproblemen?

(Som de problemen op en geef de duur van ieder probleem in aantal jaren en maanden)

4 Bent u al behandeld voor een slaapprobleem?

Ja

Nee

Zo ja, wat was het probleem? _____

Welke behandeling kreeg u? _____

Door wie werd u behandeld? _____

Had u baat bij deze behandeling?

Ja

Nee

- 5 Had u als kind slaapproblemen? Ja Nee
Zo ja, beschrijf.

- 6 Onderging u al een slaaponderzoek?
Zo ja, breng a.u.b. een kopie mee van het verslag en geef volgende inlichtingen.
Naam van de uitvoerende arts: _____

Datum van het onderzoek: / /

04 SLAAPSCHEMA

Respecteer a.u.b. de tijd van het 24-uurschema (vb. kwart na 10 's avonds -> 22.15 uur)

7 Om hoe laat gaat u gewoonlijk naar bed tijdens de week of op werkdagen?

8 Om hoe laat staat u gewoonlijk op tijdens de week of op werkdagen?

9 Om hoe laat gaat u gewoonlijk naar bed in het weekend of op dagen dat u niet werkt?

10 Om hoe laat staat u gewoonlijk op in het weekend of op dagen dat u niet werkt?

11 Hoelang slaapt u gewoonlijk tijdens de week of op werkdagen?

12 Hoelang slaapt u gewoonlijk tijdens het weekend en op dagen dat u niet werkt?

13 Hebt u een regelmatig slaap- en waakschema?

Ja

Nee

14 Als u uw eigen schema zou kunnen bepalen, op welk tijdstip zou u dan naar bed gaan?

Op welk tijdstip zou u opstaan?

15 Aanvullende commentaar:

16 Doet u een dutje overdag? Ja Nee

17 Als u een dutje doet, hoeveel dutjes per dag en hoelang?

Aantal/dag tijdens werkdagen? Gemiddelde duur/dutje

Aantal/dag tijdens weekends? Gemiddelde duur/dutje

18 Voelt u zich verkwikt na een dutje? Ja Nee

19 Werkt u in een nacht- of ploegendienst? Ja Nee

20 Zo ja, beschrijf uw werkschema:

21 Hebt u wachtdiensten waarbij u 's nachts opgeroepen wordt?

Ja Nee

22 Zo ja, hoe vaak wordt u 's nachts opgeroepen (aantal keer per nacht en per week):

23 Hebt u wachtdiensten of ploegenarbeid verricht in het verleden?

Ja Nee

24 Als het antwoord ja is voor de vragen 19, 21 of 23, heeft of had u moeite met slapen de dagen dat u van dienst was? Ja Nee

25 Zo ja, beschrijf:

05 SLAAPHYGIËNE EN BEDGEWOONTEN

26 Ervaart u een toenemende angst of spanning voor het slapengaan?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

27 Stelt u het moment van slapengaan uit, uit vrees om niet te kunnen slapen?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

Doet u het volgende in bed voor het slapen?

28 Lezen
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

29 Tv-kijken
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

30 Schrijven
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

31 Discussiëren met uw partner
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

32 Eten
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

33 Piekeren-plannen maken
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

34 Seksuele activiteit
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

35 Andere?

06 SLAPELOOSHEID

In de volgende vragen betekent het woord "nacht" de periode die u gewoonlijk al slapend wil doorbrengen.

36 Hebt u moeilijkheden om in slaap te geraken nadat u naar bed bent gegaan?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

37 Hoelang duurt het vooraleer u in slaap valt?
u..... min

38 Ervaart u storende ontwaakmomenten 's nachts?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

39 Ligt u voor langere periodes wakker en is het moeilijk om terug in te slapen?
 Ja Nee

40 Zo ja, waarom blijft u wakker (piekeren, rusteloze benen, enz.)?

.....

.....

41 Zo ja, hoelang blijft u wakker?

.....

42 Gebeurt het dat u 's ochtends te vroeg wakker wordt en niet meer kunt inslapen?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

43 Hoeveel nachten per week hebt u volgens u een slaapprobleem?
nachten.

44 Neemt u slaapmiddelen?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

45 Geef de naam en de dosis van de slaapmiddelen die u regelmatig gebruikt:

.....

.....

.....

.....

07 BEWEGING/PARASOMNIE

46 Wordt het nachtelijk inslapen beïnvloed door rusteloosheid of bewegingsdrang in de benen?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

47 Heeft uw partner ooit gemeld dat u schoppende bewegingen maakt in uw slaap?
 Ja Nee

48 Hebt u last van nachtmerries of nachtelijke angstaanvallen?
 Ja Nee

Zo ja: Hoe vaak komt dit voor?

Op welke leeftijd is dit begonnen?

49 Knarst u 's nachts met uw tanden?
 Ja Nee

50 Had u als kind last van bedplassen?
 Ja Nee

Zo ja, tot welke leeftijd?

51 Hebt u ooit in bed geplast als volwassene?
 Ja Nee

52 Heeft men u ooit verteld dat u slaapwandelt?
 Ja Nee

53 Hebt u de laatste tijd nog geslaapwandeld?
 Ja Nee

08 SNURKEN EN SLAAPAPNEU

54 Hebt u last van een verstopte neus?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

55 Bent u ooit onderzocht voor een allergie?
 Ja Nee

Indien ja, geef het resultaat van dit onderzoek:

56 Snurkt u?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

Als u snurkt, hoelang hebt u dit probleem al?

57 Heeft uw lichaamshouding invloed op het snurken?
 Ja Nee

Indien ja, beschrijf de houdingen waarin u het meest en het minst snurkt:

58 Heeft uw partner al opgemerkt dat u stopt met ademen in uw slaap?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

59 Wordt u 's morgens wakker met hoofdpijn?
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

60 Staat u 's nachts op om te plassen?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel keer gebeurt dit gemiddeld?

61 Wordt u 's ochtends wakker met een droge mond of een pijnlijke keel?

Nooit

Zelden

Soms

Vaak

Altijd

62 Voelt u zich vaak slaapdronken 's ochtends?

Nooit

Zelden

Soms

Vaak

Altijd

63 Hebt u last van overdreven zweten 's nachts?

Nooit

Zelden

Soms

Vaak

Altijd

09 SLAPERIGHEID OVERDAG

- 64 Voelt u zich overdreven slaperig tijdens de dag? Onder deze vraag wordt verstaan: een abnormale dreiging om in slaap te vallen en niet moeheid!
- Ja Nee

Zo ja, hoelang hebt u dit probleem al?

- 65 Vindt u dat deze slaperigheid het gevolg is van een slechte nachtrust?
- Ja Nee
- 66 Voelt u zich moe (daaronder verstaan we futloosheid of een gebrek aan energie om uw dagelijkse taken uit te voeren).
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 67 Hebt u last van spierpijn of lichamelijke pijn in het algemeen?
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 68 Hebt u last van geheugen en concentratiestoornissen?
- Ja Nee

Zo ja, verklaar:

Wordt u snel slaperig tijdens de volgende activiteiten?

- 69 Lezen
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 70 Tv-kijken
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 71 Een gesprek
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 72 Eten
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd
- 73 Op het werk
- Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

74 Bij het besturen van een voertuig
 Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

75 Hebt u ooit een ongeval of bijna een ongeval gehad doordat u in slaap viel tijdens het rijden?
 Ja Nee

Indien ja, beschrijf de omstandigheden van het ongeval:

76 Hebt u ooit een plotse spierzwakte gevoeld bij lachen, woedend zijn of een verrassing?
 Ja Nee

Zo ja, beschrijf de aard en de omstandigheden van deze aanvallen:

77 Hebt u zich ooit verlamd gevoeld bij het ontwaken?
 Ja Nee

Zo ja, beschrijf de ervaring:

78
Hebt u ooit buitengewoon levendige dromen gehad vlak voor het inslapen?

Ja Nee

Zo ja, beschrijf deze ervaring:

79 Gebeurt het dat u onbewuste handelingen uitvoert?
 Ja Nee

Zo ja, beschrijf de aard en de omstandigheden van deze ervaring:

10 PSYCHISCHE GEGEVENS

80 Voelt u zich neerslachtig?

Nooit

Zelden

Soms

Vaak

Altijd

Zo ja, wanneer is deze stemming het ergst?

's Morgens

's Avonds

De hele dag

81 Hebt u ooit ernstige spanningen doorgemaakt?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

82 Hebt u ooit een psychiater of psycholoog geraadpleegd wegens psychische moeilijkheden?

Ja

Nee

Zo ja, wie?

83 Hebt u seksuele problemen?

Ja

Nee

Zo ja, beschrijf dit probleem kort:

11 FAMILIALE GEGEVENS

84 Snurken of snurkten uw vader, moeder, broers, zussen of kinderen?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

85 Komt of kwam overdreven slaperigheid voor bij uw vader, moeder, broers, zussen of kinderen?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

86 Zijn er familieleden die nog andere slaapproblemen hebben?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

87 Zijn er gevallen van wiegendood in de familie?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

88 Zijn er familieleden die vaak slaapmiddelen nemen of genomen hebben?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

89 Zijn er familieleden die ooit psychiatrisch werden behandeld?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar:

12 MEDISCHE GEGEVENS EN GEZONDHEID

- 90 Bent u ooit ernstig ziek, geopereerd en/of gehospitaliseerd geweest? Vermeld hier alle gebeurtenissen in chronologische volgorde, telkens voorafgegaan door het jaartal.

- 91 Beschrijf hieronder uw medische problemen:
(bv. ziekten van, of problemen met de bloeddruk, het hart, de longen, maag en darmen, de nieren, de blaas, de geslachtsorganen, de zenuwen, de spieren en gewrichten, de huid, enz.)

- 92 Beschrijf hieronder de medicijnen die u inneemt:
vermeld de dosis, de reden waarom en hoe vaak u de middelen inneemt.
Vermeld ook eventuele slaapmiddelen, kruiden, homeopathische middelen, puffers, enz.

93 Hebt u voldoende lichaamsbeweging tijdens het werk of in uw vrije tijd?
 Ja Nee

94 Is uw gewicht geëvolueerd in de loop der tijd?
 Gewicht op 20-jarige leeftijd: _____ kg

Gewicht op 30-jarige leeftijd: _____ kg

Gewicht op 40-jarige leeftijd: _____ kg

Gewicht op 50-jarige leeftijd: _____ kg

Gewicht op 60-jarige leeftijd: _____ kg

Hoogste gewicht ooit bereikt: _____ kg op leeftijd van _____ jaar

95 Is uw gewicht de laatste tijd nog veranderd?
 Mijn gewicht is gelijk gebleven Ik ben _____ kilo afgevallen
 Ik ben _____ kilo verzwaard

96 Mijn eetlust is de laatste tijd (omcirkelen):
 onveranderd toegenomen afgenomen

97 Als u de laatste tijd verzwaard bent, vindt u dan dat het slaapprobleem verergerd is met deze gewichtstoename?
 Ja Nee

98 Hebt u ooit geprobeerd om een dieet te volgen?
 Ja Nee

Indien ja, wat was het maximale gewichtsverlies? _____ kg

99 Hebt u ooit gerookt?

Ja

Nee

Indien ja, op welke leeftijd bent u begonnen? _____ jaar

100 Rookt u nu nog?

Ja

Nee

Indien nee, in welk jaar bent u gestopt? _____

Indien ja, wat rookt u?

sigaretten

andere rookwaren

Hoeveel stuks per dag?

101 Drinkt u cafeïnehoudende dranken?

Ja

Nee

Zo ja, geef het aantal consumpties per dag

_____ koffie _____ cola _____ thee

102 Hoeveel alcoholhoudende dranken drinkt u op werkdagen?

..... glazen bier per weekdag

..... glazen wijn per weekdag

..... glaasjes sterke drank per weekdag

103 Hoeveel alcoholhoudende dranken drinkt u in het weekend?

..... glazen bier per weekenddag

..... glazen wijn per weekenddag

..... glaasjes sterke drank per weekenddag

104 Hebt u ooit illegale drugs gebruikt?

Ja

Nee

Zo ja, verklaar (hoelang en wanneer voor het laatst):

13 AANVULLINGEN

105 Hebt u nog andere opmerkingen in verband met uw slaap?

Epworth slaperigheidsschaal

Hoe gemakkelijk zou u indommelen of in slaap vallen in de hieronder vermelde situaties? Tracht u voor te stellen hoe u door sommige van de hieronder weergegeven situaties zou beïnvloed worden, zelfs wanneer u deze situaties recent niet heeft meegemaakt. Kies een cijfer uit de onderstaande schaal dat zo goed mogelijk bij elke situatie past.

Zou ik in slaap vallen in de volgende situaties?

(0= nooit, 1= er is een kleine kans, 2= er is een redelijke kans, 3= er is een grote kans)

Zitten en lezen	0 0	0 1	0 2	0 3
Tv-kijken	0 0	0 1	0 2	0 3
Als toeschouwer in een theater of tijdens een vergadering	0 0	0 1	0 2	0 3
Als passagier in een wagen tijdens een rit van minstens een uur	0 0	0 1	0 2	0 3
Rustig gaan liggen in de namiddag	0 0	0 1	0 2	0 3
Zitten en praten met iemand	0 0	0 1	0 2	0 3
Rustig zitten na een middagmaal zonder alcohol	0 0	0 1	0 2	0 3
In de wagen, na een oponthoud van enkele minuten	0 0	0 1	0 2	0 3

De Pittsburgh Slaapkwaliteit Index (PSQI)

Nederlandstalige bewerking met toelating van auteurs door R. Cluydts, M. Kerckhoffs, G. Hoffmann

De volgende vragen hebben enkel betrekking op uw slaap tijdens de voorbije maand. Uw antwoorden zouden een zo nauwkeurig mogelijke weergave moeten zijn van de meerderheid van de dagen en nachten tijdens de voorbije maand. Gelieve alle vragen te beantwoorden.

1 Hoe laat ging u 's avonds gewoonlijk naar bed de voorbije maand?
Gebruikelijke bedtijd:

2 Hoeveel minuten duurde het de voorbije maand gewoonlijk vooraleer u in slaap viel?
Aantal minuten:

3 Hoe laat stond u de voorbije maand gewoonlijk op 's morgens?
Gebruikelijke tijdstip van opstaan:

4 Aan hoeveel uren SLAAP kwam u gemiddeld per nacht tijdens de voorbije maand?
(dat kan verschillen van het aantal uren dat u in bed doorbracht.)
Aantal uren slaap per nacht:

5 Hoe vaak had u de voorbije maand moeilijkheden met slapen, omdat u ...

	Niet tijdens de voorbije maand	Minder dan eenmaal per week	Een- of twee-maal per week	Driemaal of meer per week
a Niet in slaap kon vallen binnen 30 minuten?	0	0	0	0
b Midden in de nacht of in de vroege morgen wakker werd?	0	0	0	0
c Naar het toilet moest gaan?	0	0	0	0
d Niet gemakkelijk kon ademen?	0	0	0	0
e Luid hoestte of snurkte?	0	0	0	0
f Het te koud had?	0	0	0	0
g Het te warm had?	0	0	0	0
h Nachtmerries had?	0	0	0	0
i Pijn had?	0	0	0	0
j (Een) andere reden(en) had?	0	0	0	0

Omschrijf:

	Zeer goed	Redelijk goed	Eerder slecht	Zeer slecht
6. Hoe zou u uw globale slaapkwaliteit tijdens de voorbije maand beoordelen?	0	0	0	0
	Niet tijdens de voorbije maand	Minder dan eenmaal per week	Een- of tweemaal per week	Driemaal of meer per week
7. Hoe vaak nam u gedurende de voorbije maand geneesmiddelen in (al dan niet voorgeschreven) als hulp bij het slapen?	0	0	0	0
8. Hoe vaak had u de voorbije maand moeite om wakker te blijven tijdens het autorijden, tijdens het eten of bij deelname aan sociale activiteiten?	0	0	0	0
	Geen enkel probleem	Slechts een klein probleem	Enigszins een probleem	Een heel groot probleem
9. In welke mate was het de voorbije maand voor u een probleem om met voldoende enthousiasme uw dagelijkse activiteiten uit te voeren?	0	0	0	0

Insomnia Severity index

Instructie

Onderstaande vragen gaan over hoe u uw slaap ervaart.

Om te antwoorden hoeft u alleen het cijfer te omcirkelen bij het antwoord dat het beste op u van toepassing is. Dus vindt u bijvoorbeeld dat u over het algemeen enigszins moeite heeft met inslapen, geef dat dan als volgt aan:

Voorbeeld:

	Geen	Een beetje	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
Moeite met inslapen	0	1	2	3	4

Beantwoord alle uitspraken. Omcirkel slechts 1 antwoord bij elke uitspraak!

Het is mogelijk dat u per ongeluk het verkeerde antwoord omcirkelt of bij nader inzicht toch een ander antwoord wilt geven. Als dat het geval is, kruis dan het foute antwoord duidelijk door en omcirkel het juiste antwoord.

Vragenlijst

Geef de ernst van uw slaapproblemen in de afgelopen twee weken aan:

	Geen	Een beetje	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
Moeite met inslapen	0	1	2	3	4
Moeite met doorslapen	0	1	2	3	4
Problemen met te vroeg wakker worden	0	1	2	3	4

Hoe tevreden bent u met uw huidige slaappatroon?

Zeer tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeer ontevreden
0	1	2	3	4

In hoeverre beïnvloeden uw slaapproblemen uw dagelijkse functioneren

(bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratie, geheugen, stemming)?

Geen negatieve invloed	Een beetje	Enigszins	Veel	Zeer veel negatieve invloed
0	1	2	3	4

Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van uw slaapprobleem voor anderen?

Helemaal niet opvallend	Een beetje	Enigszins	Erg	Heel erg opvallend
0	1	2	3	4

Hoe ongerust bent u over uw huidige slaapproblemen?

Helemaal niet opvallend	Een beetje	Enigszins	Erg	Heel erg opvallend
0	1	2	3	4

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

