

# MAYO SØVNSKJEMA, INFORMANT

Fylles ut ved mistanke om Parkinsons sykdom, Lewy legeme demens eller ved søvnproblemer.  
Kryss av ja dersom den beskrevne hendelsen har inntruffet minst tre ganger.

1. Har du noen gang opplevd at pasienten (PAS) har prøvd å "agere" ut drømmer i søvne? (slått/fektet i luften med armene, ropt eller skreket?)  Ja  Nei

Dersom ja

a) Hvor lenge har dette foregått?	<input type="checkbox"/>	År	<input type="checkbox"/>	Måneder
b) Har PAS noen gang blitt skadet pga denne oppførselen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
c) Har en sengepartner blitt skadet pga. oppførselen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
d) Har PAS fortalt om drømmer hvor PAS ble jaget/angrepet som involverte forsvar av seg selv?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
e) Dersom PAS våknet og fortalte om en drøm, stemte detaljene i drømmen med bevegelsene PAS gjorde i søvne?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
2. Rykker, napper eller trekker det i PAS's ben mens PAS sover? (Ikke bare ved innsøvning)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
3. Klager PAS over en urolig, prikkende eller kriblende følelse i bena som forstyrrer PAS's evne til å sovne eller forblie sovende?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei

Dersom ja

a) Forteller PAS deg at disse fornemmelsene i bena avtar når PAS begynner å gå og bevege seg?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
b) Når synes disse fornemmelsene å være på det verste?	<input type="checkbox"/>	Før 06.00	<input type="checkbox"/>	Etter 18.00
4. Har PAS noen gang vandret rundt i soverommet eller i boligen i søvne?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
5. Har PAS noen gang snorket eller fått kvelningsfornemmelser slik at han/hun våknet av det?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
6. Virker det som om PAS av og til stopper å puste i søvne?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei

Dersom ja

a) Blir PAS behandlet for dette? (f.eks. CPAP)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
7. Har PAS krampe i bena om kvelden? (Også kalt leggkramper med intense smerter i visse muskler i bena)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
8. Gradér PAS's generelle årvåkenhet de siste 3 ukene på en skala fra 0 til 10 (sett ring rundt tallet)				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----