

Bilaga – Pediatric Sleep Questionnaire, SRBD-subscale

Frågeformulär om beteenden under sömn och vakenhet hos barn

Barnets namn och personnummer: _____

Person som fyller i formuläret: _____

Datum när formuläret besvaras: _____

Barnets vikt (kg): _____ längd (cm): _____

Svara på frågorna som avser hur barnet vanligtvis har varit **under den senaste månaden**,
och inte enstaka dagar eller nätter. Kryssa rutan för Ja, Nej eller Vet ej

	Ja	Nej	Vet ej
1. NÄR BARNET SOVER:			
Snarkar barnet mer än hälften av tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snarkar barnet alltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snarkar barnet högt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet tung eller högljudd andning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet ansträngd andning eller kämpar med andningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du någon gång sett barnet sluta andas under natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. HAR BARNET:			
Tendens till att andas genom munnen på dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torr mun när barnet vaknar på morgonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av och till kissat på sig om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HAR BARNET:			
Vaknat upp outvilad på morgonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med att vara sömnig på dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Vet ej
5. HAR EN FÖRSKOLLÄRARE/LÄRARE KOMMENTERAT ATT BARNET VERKAR SÖMNIKT UNDER DAGEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ÄR DET SVÅRT ATT VÄCKA BARNET PÅ MORGONEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. VAKNAR BARNET MED HUVUDVÄRK PÅ MORGONEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. HAR BARNET NÅGON GÅNG SEDAN FÖDSELN SLUTAT ATT FÖLJA DEN NORMALA TILLVÄXTKURVAN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ÄR BARNET ÖVERVIKTIGT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. BARNET KAN OFTA:			
Verka som att det inte lyssnar när någon pratar direkt med barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha svårigheter med att organisera uppgifter och aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lätt bli distraherad av yttre stimuli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitta oroligt och röra händer eller fötter eller vrida sig i stolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara på språng eller verka 'hyperaktiv'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störa eller avbryta andra (t.ex. i samtal eller lek)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antal Ja _____

Tack!

Översättning av Pediatric sleep questionnaire, subscale SRBD, Chervin 2000, från engelska originalet till svenska och tillbaka av Semantix, Umeå, Sverige, på uppdrag av NAG Vårdförlopp OSA barn maj 2021. Ytvalidering utförd oktober 2022.

© Regents of the University of Michigan 2006