



Datum: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Specialist: \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Patiëntenklever

ZAS vzw • Kempenstraat 100, 2030 Antwerpen • BE 0862.382.656 • RPR Antwerpen  
**Erkenningsnummer 7/10009/31/000:** ZAS Cadix, ZAS Elisabeth, ZAS Erasmus, ZAS Hoge Beuken, ZAS Joostens, ZAS Middelheim, ZAS Palfijn, ZAS Paola, ZAS UKJA **Erkenningsnummer 7/10099/38/000:** ZAS Augustinus, ZAS Sint-Jozef, ZAS Vincentius **Erkenningsnummer 7/20998/03/000:** ZAS PZ Stuivenberg **Erkenningsnummer 7/25047/28/000:** ZAS PVT Antwerpen **Zijn ook deel van ZAS:** ZAS Medisch Centrum Kaai 142, ZAS Polikliniek Hof ter Schelde, ZAS Polikliniek Regatta, ZAS Plantin, ZAS Magazijn Luchtbal, ZAS Magazijn Terbeke

# Slaaponderzoek in ZAS

## Vragenlijsten

### 1. Algemene vragen over je gezondheid en je slaap

Hoeveel slaap je gemiddeld? ..... uur

	Ja	Nee	
Slaap je goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voel je je 's morgens uitgerust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heb je overdag soms een onweerstaanbare drang om te slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Als je overdag slaapt, voel je je nadien dan moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heb je overdag concentratieproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Snurk je?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is je gewicht recent veranderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voel je je slaperig overdag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Val je soms in slaap tijdens een gesprek, vergadering, autorijden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moet je 's nachts vaak wateren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heb je 's morgens hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drink je voor het slapengaan?	Ja	Nee	
• Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indien ja, hoeveel? .....
• Wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Sterkedrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Cola/koffie ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Stop je 's nachts met ademen volgens je partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Word je soms wakker met een verstikkend gevoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heb je last van gezwollen voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maak je 's nachts onwillekeurige bewegingen, volgens je partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Word je soms wakker met een gevoel dat je je niet kunt bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neem je medicatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Zo ja, welke?			

Wat is/was je beroep?

Hoe groot is de kans dat je zou indutten bij onderstaande dagelijkse situaties?  
Zet een kruisje wat het beste voor jou van toepassing is.

Situatie	de kans dat je zou indutten			
	Geen	Klein	Redelijk	Groot
Iets zitten lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tv-kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passief zitten in een publieke plaats (bijv. theater, vergadering, voordracht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als passagier meerijden in een rit van een uur zonder onderbreking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neerliggen om uit te rusten in de namiddag (als de omstandigheden dat toelaten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neerzitten en met iemand spreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rustig zitten na middagmaal, zonder alcohol te hebben gedronken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In de auto, als je enkele minuten moet wachten in de file	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Hoe ervaar je je slaap? Insomnia Severity Index (ISI)

**Instructie**  
Onderstaande vragen gaan over hoe je je slaap ervaart.  
Om te antwoorden, hoef je alleen het cijfer te omcirkelen bij het antwoord dat het best op jou van toepassing is. Dus vind je bijvoorbeeld dat je over het algemeen enigszins moeite hebt met het inslapen, komt dat er zo uit te zien:

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

*Beantwoord alle uitspraken. Omcirkel slechts één antwoord bij elke uitspraak!*

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

### 1. Geef de ernst van je slaapprobleem aan gedurende de afgelopen 2 weken:

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

### 2. Hoe tevreden ben je met je huidige slaappatroon?

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

### 3. In hoeverre beïnvloeden je slaapproblemen je dagelijks functioneren? (bijv. vermoeidheid, concentratie, geheugen en stemming)

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

### 4. Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van je slaapproblemen voor anderen?

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

### 5. Hoe ongerust ben je over je huidige slaapproblemen?

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

### 3. Wat vind je van je slaapkwaliteit in de afgelopen maand? Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

#### Instructie

De vragen hieronder gaan over je gebruikelijke slaapgewoonten gedurende de afgelopen maand. Je antwoorden moeten de juiste indruk geven van de meerderheid van dagen en nachten van de afgelopen maand.  
Beantwoord alle vragen.

1. Gedurende de afgelopen maand, hoe laat ben je gewoonlijk naar bed gegaan?

2. Gedurende de afgelopen maand, hoe lang duurde het gemiddeld (minuten) om in slaap te vallen?

3. Gedurende de afgelopen maand, hoe laat ben je gemiddeld opgestaan in de ochtend?

4. Gedurende de afgelopen maand, hoeveel uur heb je echt geslapen 's nachts?  
(dat mag afwijken van het aantal uren dat je in bed hebt gelegen.)

5. Hoe vaak heb je de afgelopen maand problemen met slapen gehad omdat je:

	Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
a. Niet binnen 30 minuten in slaap kan vallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wakker wordt in het midden van de nacht of vroeg in de morgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Naar de wc moet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Niet normaal kan ademhalen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hard snurkt of moet hoesten of kuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Het te koud hebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Het te warm hebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Enge dromen hebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pijn hebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andere redenen, zoals:				

6. Hoe vaak heb je de afgelopen maand slaapmedicatie genomen? (op voorschrift of zelf bij de drogist gekocht)

Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hoe vaak heb je problemen om wakker te blijven tijdens autorijden, eten of sociale bezigheden?

Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hoeveel problemen ervaarde je de afgelopen maand met genoeg zin/enthousiasme te hebben om dingen te doen?

Helemaal geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een groot probleem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hoe zou je je slaapkwaliteit van de afgelopen maand gemiddeld inschalen?

Heel goed	Redelijk goed	Redelijk slecht	Heel slecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Heb je een bedpartner of kamergenoot?

Geen partner of kamergenoot	Partner of kamergenoot in de andere kamer	Partner in dezelfde kamer, maar niet in hetzelfde bed	Partner in hetzelfde bed
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als je een kamergenoot of bedpartner hebt, vraag die dan hoe vaak je de afgelopen maand last had van:

	Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
a. Hard snurken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lange adempauzes tijdens slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trekken of schokken van de benen tijdens slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Periodes van desoriëntatie of verwarring tijdens de slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andere onrust terwijl je slaapt, graag beschrijven:				

#### 4. Hoe voel je je mentaal? Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

##### 1. Ik voel me gespannen.

Meestal	Vaak	Af en toe, soms	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2. Ik geniet nog altijd van de dingen waar ik vroeger van genoot.

Zeker zo veel	Niet zo veel als vroeger	Weinig	Haast helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren.

Heel zeker en vrij erg	Ja, maar niet zo erg	Een beetje, ik maak me er geen zorgen over	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien.

Net zoveel als vroeger	Niet zo goed als vroeger	Beslist niet zoveel als vroeger	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 5. Ik maak me vaak ongerust.

Heel erg vaak	Vaak	Af en toe maar niet te vaak	Alleen soms
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 6. Ik voel me opgewekt.

Helemaal niet	Niet vaak	Soms	Meestal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen.

Zeker	Meestal	Niet vaak	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat.

Bijna altijd	Heel vaak	Soms	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag.

Helemaal niet	Soms	Vrij vaak	Heel vaak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk.

Zeker	Niet meer zoveel als zou moeten	Waarschijnlijk niet zoveel	Evenveel interesse als vroeger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben.

Heel erg	Tamelijk veel	Niet erg veel	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 12. Ik verheug me van tevoren al op dingen.

Net zoveel als vroeger	Een beetje minder dan vroeger	Zeker minder dan vroeger	Bijna nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst.

Zeer vaak	Tamelijk vaak	Niet erg vaak	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma.

Vaak	Soms	Niet vaak	Heel zelden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Vragen voor je partner

Vraag aan je partner wat voor hem of haar het belangrijkste probleem is dat je **tijdens het slapen** ondervindt.

Vraag aan je partner wat voor hem of haar het belangrijkste probleem is dat je **tijdens het functioneren overdag** ondervindt.