Alteraciones relacionadas con el sueño – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Sleep10	Me costó mucho hacer las cosas que debía hacer porque tenía sueño	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep119	Me sentí bien despierto/a después de dormir	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Sleep18	Sentí cansancio	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep25	Tuve problemas durante el día por haber dormido mal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep27	Me costó mucho concentrarme por haber dormido mal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep30	Sentí que estaba irritable por haber dormido mal.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep6	Tuve sueño durante el día.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sleep7	Tuve problemas para mantenerme despierto/a durante el día.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Spanish (Universal)
15 August 2012

© 2008-2012 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group