

Nazwisko i Imię:		Data badania:	
Data urodzenia:			

Skala nasilenia objawów Zespołu niespokojnych Nóg

Proszę odpowiedzieć na dziesięć poniższych pytań, dotyczących objawów ewentualnie odczuwanych przez Pana/Panią w ostatnich dwóch tygodniach.

A	<p><u>Ogólnie</u>, jakby Pan/Pani określił/a <u>dyskomfort odczuwany w rękach lub nogach</u>?</p> <p>4. Bardzo ciężki 3. Ciężki 2. Umiarkowany 1. Łagodny 0. Wcale</p>	F	<p><u>Ogólnie</u>, biorąc pod uwagę <u>wszystkie wymienione</u> w poprzednich pytaniach <u>objawy</u>, jak ciężki jest u Pana/Pani zespół niespokojnych nóg?</p> <p>4. Bardzo ciężki 3. Ciężki 2. Umiarkowany 1. Łagodny 0. Wcale</p>
B	<p><u>Ogólnie</u>, jakby Pan/Pani określił/a <u>potrzebę poruszania się</u> z powodu niepokoju w rękach lub nogach?</p> <p>4. Bardzo silna 3. Silna 2. Umiarkowana 1. Niewielka 0. Wcale</p>	G	<p>Jak <u>często</u> występują u Pana/Pani objawy zespołu niespokojnych nóg?</p> <p>4. Bardzo często (6-7 dni w tygodniu) 3. Często (4-5 dni w tygodniu) 2. Dość często (2-3 dni w tygodniu) 1. Rzadko (1 dzień w tygodniu lub rzadziej) 0. Wcale</p>
C	<p><u>Ogólnie</u>, jak dużą <u>ulgę</u> w dyskomforcie odczuwanym w rękach lub nogach przynosi Panu/Pani poruszanie się?</p> <p>4. Żadnej ulgi 3. Niewielką ulgę 2. Umiarkowaną ulgę 1. Całkowitą lub prawie całkowitą ulgę 0. Brak objawów, nie dotyczy</p>	H	<p>Gdy Pan/Pani odczuwa objawy zespołu niespokojnych nóg, jak <u>długo</u> one <u>przeciętnie</u> trwają?</p> <p>4. Bardzo długo (8 godzin lub dłużej w ciągu doby) 3. Długo (3-8 godzin w ciągu 24 godzin) 2. Dość długo (1-3 godziny w ciągu doby) 1. Krótko (krócej niż godzinę w ciągu doby) 0. Wcale</p>
D	<p><u>Ogólnie</u>, jak bardzo <u>zaburzony</u> był Pan/Pani <u>sen</u> przez objawy niepokoju nóg?</p> <p>4. Bardzo silnie 3. Silnie 2. Umiarkowanie 1. Łagodnie 0. Wcale</p>	I	<p>Ogólnie jak znaczny był wpływ objawów zespołu na Pana/Pani <u>codzienne funkcjonowanie</u>, np. rodzinne, domowe, towarzyskie, w szkole lub w pracy?</p> <p>4. Bardzo znaczny 3. Znaczny 2. Umiarkowany 1. Łagodny 0. Wcale</p>
E	<p>Jak bardzo <u>zmęczony/a</u> lub <u>senny/a</u> był/a Pan/Pani w ciągu dnia z powodu odczuwanego w nocy niepokoju?</p> <p>4. Znacznie 3. Dość znacznie 2. Umiarkowanie 1. Trochę 0. Wcale</p>	J	<p>Jak bardzo objawy zespołu niespokojnych nóg wpływały na Pana/Pani <u>nastrój</u> np. uczucie złości, przygnębienia, smutku, lęku, rozdrażnienia?</p> <p>4. Bardzo silnie 3. Silnie 2. Umiarkowanie 1. Łagodnie 0. Wcale</p>