

Nazwisko i Imię:		Data badania:	
Data urodzenia:			

SKALA NARKOLEPSJI ULLANLINNA

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania

1. Czy kiedykolwiek zdarzył się Pani/Panu któryś z poniższych objawów w czasie śmiechu, radości, złości lub innej silnej emocji?

Objaw	Nigdy	1-5 razy w życiu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie
ugięcie kolan					
opadnięcie zuchwy					
opadnięcie głowy					
upadek					

2. Jak szybko zwykle zasypia Pani/Pan wieczorem?

>40 min 31-40 min. 21-30 min. 10-20 min. <10 min.

3. Czy drzemie Pani/Pan w ciągu dnia?

- nie ma takiej potrzeby
- chciał(a)bym, ale nie mogę zasnąć
- dwa razy w tygodniu lub rzadziej
- 3-5 razy w tygodniu
- codziennie lub prawie codziennie

4. Czy zdarza się Pani/Panu zasnąć w ciągu dnia niekontrolowanie w poniższych sytuacjach?

Sytuacja	nigdy	raz w miesiącu lub rzadziej	raz w tygodniu	codziennie	kilka razy w ciągu dnia
czytając					
podróżując					
stojąc					
jedząc					
inne nietypowe sytuacje					