

Søvn Helse på Habu

BARNE OG UNGDOMS HABILITERINGEN, 2018

1. Barnets alder i hele år: _____
2. Hvem fyller ut skjema: Foresatte
 Barnet selv
3. Barnets hovedutfordring: Cerebral parese
 Muskelsykdom
 Forsinket utvikling
 Syndrom/Genetisk tilstand
 Psykisk utviklingshemming
 Annet
4. Har barnet søvnvansker: Ja
 Nei, (hopp over spm 5)
 Vet ikke/usikkert
5. Hvilke søvnvansker har barnet: Innsøvningsvansker
 Pustestopp på natt
 Våkner tidlig om morgenen
 Våkner flere ganger om natten
 Skriker/lager lyder/er urolig
 Epileptiske anfall
 Annet: beskriv _____
6. Snorker barnet? Ja
 Nei
 Vet ikke/usikkert
7. Har barnet brukt noen form for sovemedisin?
 Ja, hvilke _____
 Nei
 Vet ikke/usikkert
8. Har dere blitt spurt om barnet søvn ved kontakt med Habiliteringen?
 Ja

- Nei (hopp over spm 8)
- Vet ikke/usikkert

9. Fikk dere råd eller veiledning angående søvnvanskene ved Habiliteringen?

- Ja, evt hva _____
- Nei
- Vet ikke/usikkert

10. Tror dere barnets søvn er viktig for hans/hennes helsetilstand?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/usikkert

11. Synes du Barne og Ungdoms Habiliteringen burde ha større fokus på søvn?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/usikkert

Tusen takk for at du/dere deltok