

Navn: _____

Dagens dato: _____

Restless Legs Syndrome

Høyde i cm _____

Vekt i kg _____

- | | | | | | |
|----|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. | Føler du generell ubehag eller stikkende/
prikkende fornemmelser i benene når du sitter eller ligger i ro? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Føler du behov / trangen til å bevege deg når du sitter eller ligger i ro? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Er de ubehaglig fornemmelser i benene verre når du er i ro? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Bedres ubehaget i benene hvis du beveger deg ? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Er ubehaget i benene i hvile verre om natten?
Hvis ja: | Ja | <input type="checkbox"/> | Nei | <input type="checkbox"/> |
| | Plagene kommer først ved eller etter sengetid
(tidligst en time før leggetiden) | | <input type="checkbox"/> | | |
| | Plagene kommer om kvelden:
(fra klokken 18.00 og senere) | | <input type="checkbox"/> | | |
| | Plagene er der dag og natt: | | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. | Hvis du kjenner til det beskrevne ubehag, når begynte plagene? | | | | _____ |