INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

BERNESE SLEEP HEALTH QUESTIONNAIRE (BSHQ)

Date: *Filled by:* □ Patient □ Relative □ Physician/Nurse | Patient ID:

Last Name: First Name: Date of Birth: _____/_____/_____

H1: How much sleep do you typically get per night? _____ hours (e.g. 8.5 hrs)

H2: How much time do you typically spend in bed per night? _____ hours (e.g. 9.5 hrs)

H3: I consider myself to be:
□ definitely a 'morning' type □ more a 'morning' than 'evening' type
□ definitely an 'evening' type □ more an 'evening' than 'morning' type

H4: Shift-Work: □ Yes, currently □ Previously, in the past 7 years □ No, never

H5: Do you have the impression you might suffer from a sleep disorder? □ Yes □ No

Answer all questions for what has been typical for you for the last 3 months.

	NEVER or RARELY	1-3 TTIMES A MONTH	1-2 TIMES A WEEK	3-5 TIMES A WEEK	> 5 TIMES A WEEK
1. I snore					
2. I doze off or fall asleep during the daytime when you don't mean to? (e.g. when working, reading or driving)					
3. I feel tired, fatigued, exhausted or lack energy during the day					
4. I have problems to fall asleep or awake for 30 minutes or more during the night					
5. I take substances to help me sleep					
6. I take naps during the day					
7. My bedtime or waketime varies by more than 2 hours from one day to to the other					
8. When I try to relax in the evening or sleep at night, I have unpleasant, restless feelings in my legs that can be relieved by walking or movement					
9. I have been told that I walk, talk, eat, act strangely or violently when asleep					
10. I have nightmares					
11. My daily activities are hindered by sleep difficulties					

Sex: □ M □ F □ div

Age: _____

Neck circumference:_____ cm

Height: _____ cm

Weight: _____ kg => BMI =_____

Hypertension: □ Yes □ No

Smoking: □ Yes, more than 5 cigarettes a day
□ No □ Yes, occasionally

Alcohol: □ Every day □ 3-6 times a week
□ 1-2 times a week □ Rarely/never

NoSAS Score	Pt	Apnea Score
♂	2	
age>55	4	
neck >40cm	4	
BMI 25-30 // >30	3//5	
snoring=2	2	
Total	**≥8**	____

cm/Kg	155	160	165	170	175	180	185	190	195
>25 BMI =>	60	65	70	75	80	85	90	95	95
>30 BMI =>	75	80	85	90	95	100	105	110	115

SLEEP HEALTH SCORE	1pt/item
Duration: H1 = 6-8h	
Morning type: H3	
Snoring: ① ≤1	
Sleepiness: ② ≤1	
Insomnia: ④&⑤ ≤1	
Regularity: ⑦ ≤1 & H4 = no	
Sleep Disorder: ⑧&⑨&⑩ ≤1	
Satisfaction: ⑪ ≤1	
Total	

Vorster, A.P.A.; van Someren, E. J. W.; Pack, A. I.; Huber, R.; Schmidt, M. H.; Bassetti, C.L.A. Sleep Health. *Clin. Transl. Neurosci.* **2024**

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
Universitätsklinik für Neurologie

BERNESE SLEEP HEALTH QUESTIONNAIRE (BSHQ) - FRENCH

Date : *Rempli par :* □ patient □ proche □ médecin/soignant | ID du patient :

Nom de famille: Prénom: Date de naissance : _____/_____/_____

H1: Combien d'heures dormez vous typiquement par nuit? _____ heures (par ex. 8.5 h)

H2: Combien de temps vous typiquement alongé dans le lit chaque nuit? __ heures (par ex. 9.5 h)

H3: Je me considère comme: □ Tout á fait type du matin □ Plutôt type du matin
□ Tout á fait de type du soir □ Plutôt type du soir

H4: Travail en équipe: □ Oui, actuellement □ Au cours des 7 dernières années □ Non, jamais

H5 : Avez-vous l'impression que vous pourriez souffrir d'une maladie du sommeil ? □ Oui □ Non

Veuillez répondre à toutes les questions comme vous l'avez fait typiquement au cours des 3 derniers mois.

	JAMAIS ou RAREMENT	1 À 3 FOIS PAR MOIS	1-2 FOIS PAR SEMAINE	3-5 FOIS PAR SEMAINE	> 5 FOIS PAR SEMAINE
1. Je ronfle					
2. Je m'assoupis involontairement pendant la journée (p. ex. en travaillant, en lisant, en conduisant)					
3. Je me sens fatigué(e), épuisé(e) ou sans énergie pendant la journée					
4. J'ai du mal à m'endormir ou je reste éveillé(e) pendant 30 minutes ou plus la nuit					
5. Je prends des substances pour mieux dormir					
6. Je fais une sieste/un petit somme pendant la journée					
7. L'heure de mon coucher ou de mon lever diffère d'un jour à l'autre de plus de deux heures					
8. Lorsque je me détends le soir ou que je veux dormir la nuit, j'ai une sensation désagréable d'agitation dans les jambes, qui s'améliore lorsque je bouge ou que je me promène					
9. On m'a dit que je marchais, parlais, agissais bizarrement ou violement pendant mon sommeil					
10. Je fais des cauchemars					
11. Mes activités quotidiennes sont perturbées par des problèmes de sommeil					

Sexe: ☐ M □ F □ div

Âge: _____

Tour de cou / col: _____ cm

Taille: _____ cm

Poids: _____ kg => IMC: □ <25 □ 25-30 □ >30

Hypertension artérielle: □ Oui □ Non □ Inconnue

Fumer : □ Oui, plus de 5 cigarettes par jour
□ Non □ Oui, occasionnellement

Alcool : □ Tous les jours
□ 3-6 fois par semaine
□ 1 à 2 fois par semaine
□ Rarement/jamais

NoSAS Score	Pt	Apnea Score
♂	2	
Âge >55	4	
Col >40cm	4	
IMC 25-30 // >30	3//5	
Ronflement =2	2	
Total	**>8**	

cm/Kg	155	160	165	170	175	180	185	190	195
>25 BMI =>	60	65	70	75	80	85	90	95	95
>30 BMI =>	75	80	85	90	95	100	105	110	115

SLEEP HEALTH SCORE	1pt/item
Durée: H1 = 6-8h	
Type du matin: H3 = Type du matin	
Ronflement: ① ≤1	
Somnolence diurne: ② ≤1	
Insomnie: ④&⑤ ≤1	
Régularité / travail en équipe: ⑦ ≤1 & H4 = no	
Troubles du sommeil: ⑧&⑨&⑩ ≤1	
Satisfaction: ⑪ ≤1	
Totale	

Vorster, A.P.A.; van Someren, E. J. W.; Pack, A. I.; Huber, R.; Schmidt, M. H.; Bassetti, C.L.A. Sleep Health. *Clin. Transl. Neurosci.* **2024**

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

BERNESE SLEEP HEALTH QUESTIONNAIRE (BSHQ) - ITALIANO

Data: *Compilato da:* □ Paziente □ Familiari □ Medico/Infermiere	ID paziente:
Cognome: Nome:	Data di nascita: _____/_____/_____

H1: Quante ore dorme di solito per notte? _____ (ad esempio 8.5 ore) H2: Quante ore rimane a letto di solito per notte? _____ (es. 9.5 ore) H3: E' una persona: □ Molto più attiva il mattino che la sera □ Più attiva il mattino che la sera □ Più attiva la sera che il mattino □ Molto più attiva la sera che il mattino H4: Lavora a turni irregolari: □ Sì, attualmente □ In passato, negli ultimi 7 anni □ No, mai H5: Ha l'impressione di soffrire di un disturbo del sonno? Sì □ No □ **Negli ultimi 3 mesi, le è capitato di:**	MAI o RARAMENTE	1-3 VOLTE AL MESE	1-2 VOLTE A SETTIMANA	3-5 VOLTE A SETTIMANA	> 5 VOLTE A SETTIMANA
1. Russare					
2. Addormentarsi involontariamente durante il giorno (ad esempio, mentre lavora, legge o è alla guida)					
3. Sentirsi stanco/a, depresso/a o privo/a di energia durante il giorno					
4. Avere difficoltà ad addormentarsi o restare sveglio durante la notte per più di 30 minuti?					
5. Assumere farmaci per dormire					
6. Fare un sonnellino durante il giorno					
7. Addormentarsi o svegliarsi con una variabilità maggiore di due ore tra un giorno e l'altro					
8. Avvertire, la sera o prima dell'addormentamento, una sensazione spiacevole alle gambe che migliora con il movimento o il cammino?					
9. Parlare, camminare o comportarsi in modo strano o violento nel sonno					
10. Avere incubi					
11. Avvertire che le sue attività diurne siano influenzate da problemi di sonno					

Genere: □ M □ F □ div

Età:_____

Misura del collo / misura del colletto:_____ cm

Altezza: _____ cm

Peso: _____ kg => BMI = □ <25 □ 25-30 □ >30

Pressione sanguigna elevata: □ Sì □ No

Fumo: □ Sì, più di 5 sigarette al giorno

□ Sì, occasionalmente □ No

Alcol: □ Tutti i giorni □ 3-6 volte a settimana

□ 1-2 volte a settimana □ Raramente/mai

NoSAS Score	Pt	Apnea Score
♂	2	
Età ≥ 55	4	
Misura del collo: ≥40cm	4	
BMI 25-30 // >30	3//5	
Russare=2	2	
Totale	**≥8**	____

cm/Kg	155	160	165	170	175	180	185	190	195
>25 BMI =>	60	65	70	75	80	85	90	95	95
>30 BMI =>	75	80	85	90	95	100	105	110	115

SLEEP HEALTH SCORE	1pt/item
Durata: H1 = 6-8h	
Tipo di mattina: H3	
Russare: ① ≤1	
Sonnolenza diurna: ② ≤1	
Insonnia: ④&⑤ ≤1	
Regolarità: ⑦ ≤1 & H4 = no	
Disturbo del sonno: ⑧&⑨&⑩ ≤1	
Soddisfazione: 11 ≤1	
Total	

Vorster, A.P.A.; van Someren, E. J. W.; Pack, A. I.; Huber, R.; Schmidt, M. H.; Bassetti, C.L.A. Sleep Health. *Clin. Transl. Neurosci.* **2024**

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

BERNER SCHLAFGESUNDHEITS-FRAGEBOGEN (BSHQ) - DEUTSCH

Datum: *Ausgefüllt von:* □ Patient □ Angehörigen □ Arzt/Pflege | Patienten ID:

Nachname: Vorname: Geburtsdatum: _____/_____/_____

H1: Wieviel Schlaf bekommen sie typischerweise pro Nacht? _____ Std (z.B. 8,5 Std)

H2: Wie lange liegen sie typischerweise im Bett pro Nacht? _____ Std (z.B. 9,5 Std)

H3: Ich empfinde mich als: □ eindeutig Morgentyp □ eher Morgentyp als Abendtyp □ eindeutig Abendtyp □ eher Abendtyp als Morgentyp

H4: Schichtarbeit: □ Ja, aktuell □ früher, in den letzten 7 Jahren □ Nein, nie

H5: Haben Sie den Eindruck Sie könnten an einer Erkrankung des Schlafes leiden? □ Ja □ Nein

Bitte beantworten Sie alle Fragen so, wie es <u>in den letzten 3 Monaten</u> typisch für Sie war!

	0 NIE oder SELTEN	1 EINMAL PRO MONAT	2 1-2 MAL PRO WOCHE	3 3-5 MAL PRO WOCHE	4 > 5 MAL PRO WOCHE
1. Ich schnarche					
2. Ich nicke tagsüber unbeabsichtigt ein (z.B. beim Arbeiten, Lesen, Auto fahren)					
3. Ich fühle mich tagsüber müde, erschöpft oder energielos					
4. Ich habe Probleme einzuschlafen oder liege nachts 30 Minuten oder länger wach					
5. Ich nehme Mittel, um besser schlafen zu können					
6. Ich mache tagsüber Mittagsschlaf/Nickerchen					
7. Meine Bettgehzeit oder Aufstehzeit unterscheidet sich von einem Tag auf den anderen um mehr als zwei Stunden					
8. Wenn ich mich abends entspanne oder nachts schlafen will, habe ich ein unangenehmes, unruhiges Gefühl in den Beinen, das sich durch Bewegung oder Herumgehen bessert					
9. Mir wurde gesagt, dass ich im Schlaf gehe, rede, esse, mich seltsam oder gewalttätig verhalte					
10. Ich habe Alpträume					
11. Meine Tagesaktivitäten werden durch Schlafprobleme beeinträchtigt					

Geschlecht: □ M □ F □ div

Alter:_____

Halsumfang:_____ cm

Grösse: _____ cm

Gewicht: _____ kg => BMI =□ <25 □ 25-30 □ >30

Bluthochdruck: □ Ja □ Nein

Rauchen: □ Ja, mehr als 5 Zigaretten am Tag □ Nein □ gelegentlich

Alkohol: □ täglich, ____ Getränke □ 1-2 Mal pro Woche □ 3-6 mal pro Woche □ selten/nie

NoSAS Score	Pt	Apnea Score
♂	2	
Alter>55	4	
Halsumfang: >40cm	4	
BMI 25-30 // >30	3//5	
Schnarchen=2	2	
Total	**>8**	

cm/Kg	155	160	165	170	175	180	185	190	195
>25 BMI =>	60	65	70	75	80	85	90	95	95
>30 BMI =>	75	80	85	90	95	100	105	110	115

SLEEP HEALTH SCORE	1pt/item
Dauer: H1 = 6-8h	
Morgentyp: H3 = Morgentyp	
Schnarchen: ① ≤1	
Tagesschläfrigkeit: ② ≤1	
Insomnie: ④&⑤ ≤1	
Regelmässigkeit/Schichtarbeit: ⑦ ≤1 & H4 = no	
Schlafstörung: ⑧&⑨&⑩ ≤1	
Zufriedenheit: ⑪ ≤1	
Total	

Vorster, A.P.A.; van Someren, E. J. W.; Pack, A. I.; Huber, R.; Schmidt, M. H.; Bassetti, C.L.A. Sleep Health. *Clin. Transl. Neurosci.* **2024**