



P1.- N1 IDENTIFICACIÓN:

P2.- APELLIDOS, NOMBRE:

P3.- DIRECCIÓN:

(LUGAR PARA ETIQUETA)

P4.- FECHA DE NACIMIENTO:

P5.- TELEFONO |||||

ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO (ISI)

Lea, por favor cada una de las preguntas atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado el síntoma, rodeando con un círculo el número más adecuado, siguiendo la siguiente escala

1. Indique la gravedad de su actual problema(s) de sueño:

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificulta para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertar temprano	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo está de satisfecho/a en la actualidad con su sueño?

Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	

3. ¿En que medida considera que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida cree que los demás se dan cuenta de su problema de sueño le afecta a su calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo está de preocupado/a por su actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL:.....



Osakidetza

ARABAKO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
ARABA

INTERPRETACIÓN (ISI):

0-7: ausencia de insomnio clínico

8-14: insomnio subclínico

15-21: insomnio clínico

22-28: insomnio grave

Revisado: abril 2021

REG-U SUEÑO-05