

Date :

QUESTIONNAIRE « TROUBLES DU SOMMEIL »

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **SEXE :** M F

Date de Naissance : _____ AGE : _____ ans

Adresse e-mail : _____

Médecin traitant : _____

Quelle est la raison principale pour laquelle vous consultez aujourd'hui ?

Situation familiale : marié(e) ou en couple divorcé(e), séparé(e) veuf/veuve célibataire

Nombre d'enfants : _____ Age : _____

Profession : _____

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

TRAITEMENTS EN COURS

HABITUDES DE VIE

TABAC : actuel arrêté jamais fumé

Si vous avez arrêté de fumer ou si vous fumez actuellement :

âge de début : _____ ans durée : _____ ans nombre de cigarettes/j (environ) : _____

ALCOOL:

Consommation quotidienne moyenne des 6 derniers mois en unité : _____ unité(s) par jour.

(1 unité = 1 verre de vin = 1 apéritif = 1 digestif = 1 bière ; par ex : 1 apéritif + 2 verres de vin = 3 unités)

ACTIVITE PHYSIQUE :

Aucune Faible (< 1 fois /semaine) Modérée (1 à 3 fois/sem) Importante (presque tous les jours)

CONSOMMATION DE CAFEINE (café, thé, coca, boissons « énergétiques »)

Aucune Faible (1 à 2 fois/j) Modérée (3-4 fois /j) Importante (> 4fois/j)

Heure de prise du dernier café ou thé : _____

HORAIRES DE TRAVAIL : _____ réguliers irréguliers horaires postés travail de nuit

ANTECEDENTS PERSONNELS : Souffrez-vous (ou avez-vous souffert) des maladies suivantes ?

***MALADIES CARDIOVASCULAIRES* :**

Hypertension artérielle Infarctus du myocarde Angine de poitrine Accident vasculaire cérébral

***TROUBLES METABOLIQUES* :**

Diabète Hypercholestérolémie Hypertriglycéridémie

***MALADIES RESPIRATOIRES* :**

Asthme Bronchite chronique Autre _____

MALADIES NEUROLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES

Dépression Trouble bi-polaire Epilepsie Autre _____

***AUTRE* :**

Insuffisance rénale Chirurgie du nez ou de la gorge Reflux gastro-oesophagien Glaucome

Allergies à _____

Autre _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX : dans votre famille proche, quelqu'un souffre-t-il ou a-t-il souffert des maladies suivantes ? (préciser le lien de parenté)

Ronflement _____

Apnées du sommeil _____

Hypertension artérielle _____

Infarctus du myocarde _____

Accident vasculaire cérébral _____

Obésité ou surpoids _____

Diabète _____

Hypercholestérolémie/hypertriglycéridémie _____

Narcolepsie _____

Impatiences (syndrome des jambes sans repos) _____

Autres _____

LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT CE QUE VOUS RESSENTEZ **LE JOUR** :

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH :

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué dans les situations suivantes :

0 = Ne somnolerait jamais	1 = Faible chance de s'endormir	2 = chance moyenne de s'endormir	3 = Forte chance de s'endormir
---------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) Assis en train de lire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2) En train de regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3) Assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunion) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4) Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 heure | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5) Allongé l'après-midi pour se reposer lorsque les circonstances le permettent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6) Assis en train de parler à quelqu'un | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7) Assis calmement après un repas sans alcool | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8) Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement | 0 | 1 | 2 | 3 |

Score =

ECHELLE DE FATIGUE DE PICHOT :

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière semaine et jusqu'à ce jour :

0 = Pas du tout	1 = Un petit peu	2 = Moyennement	3 = Beaucoup	4 = Extrêmement
-----------------	------------------	-----------------	--------------	-----------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Je manque d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Tout demande effort | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Je me sens faible à certains endroits du corps | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) J'ai les bras ou les jambes lourdes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Je me sens fatigué sans raison | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) J'ai envie de m'allonger pour me reposer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) J'ai du mal à me concentrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Je me sens fatigué, lourd, raide | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Score =

ECHELLE DE DEPRESSION :

Entourez la proposition qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour.

- | | | |
|--|------|------|
| 1) J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête | Vrai | Faux |
| 2) Je suis sans énergie | Vrai | Faux |
| 3) J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent | Vrai | Faux |
| 4) Je suis déçu et dégoûté par moi-même | Vrai | Faux |
| 5) Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire | Vrai | Faux |
| 6) En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens | Vrai | Faux |
| 7) J'ai le cafard | Vrai | Faux |
| 8) Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit | Vrai | Faux |
| 9) J'ai l'esprit moins clair que d'habitude | Vrai | Faux |
| 10) Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume | Vrai | Faux |
| 11) En ce moment, je suis triste | Vrai | Faux |
| 12) J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire | Vrai | Faux |
| 13) En ce moment, ma vie me semble vide. | Vrai | Faux |

Score =

Concernant la conduite automobile,

Avez-vous déjà ressenti de la somnolence alors que vous conduisiez ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

Vous êtes vous déjà arrêté pour dormir car vous vous sentiez somnolent(e) alors que vous conduisiez ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

Vous êtes vous déjà endormi alors que vous conduisiez ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

Avez-vous déjà eu un accident ou évité de justesse un accident de voiture à cause de la somnolence ou de problèmes d'attention ? oui non

Avez vous l'impression, ou vous a t'on fait remarquer, que votre humeur a changé récemment ou que vous êtes devenu (e) plus irritable ? NON _____ OUI

Avez vous des difficultés de concentration ou des difficultés pour fixer votre attention ?

NON OUI

* si oui, cela arrive-t-il : un peu modérément beaucoup

Avez vous des pertes de mémoires ?

NON OUI

* si oui, cela arrive-t-il : un peu modérément beaucoup

Vous arrive-t-il de sentir une faiblesse dans une ou plusieurs parties de votre corps (ex : dérobement des genoux) lors d'émotions intenses (rire, pleurs, colère, etc...) ?

NON OUI

Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête ? NON OUI

* si oui, cela arrive-t-il principalement le matin au réveil : NON OUI

* si oui, cela arrive-t-il : rarement souvent presque tous les matins

Votre désir sexuel a-t-il diminué ? NON OUI Ne me concerne pas

* si oui, depuis combien de temps ? _____ années

Vos capacités sexuelles ont-elles diminuées ? NON OUI Ne me concerne pas

* si oui, depuis combien de temps ? _____ années

LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT CE QUE VOUS RESSENTEZ **LE SOIR ET LA NUIT** :

- **Globalement, votre sommeil est :**

très mauvais mauvais bon très bon

- **Combien d'heures dormez-vous en moyenne?**

En période d'activité professionnelle ou scolaire: _____

En période de congé: _____

- **Avez-vous un sommeil réparateur ?**

NON OUI
 rarement souvent presque tous les jours

- **Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?**

NON OUI Je ne sais pas

* si oui, depuis combien de temps : ___ ans

* cela arrive-t-il : rarement souvent presque toutes les nuits

dans n'importe quelle position uniquement sur le dos je ne sais pas

si vous avez consommé de l'alcool ? si vous avez le nez bouché ? autre circonstance ?

- **Votre ronflement dérange-t-il ceux qui dorment dans les autres pièces ?**

NON OUI Ne s'applique pas

- **Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?**

NON OUI Ne s'applique pas

* si oui, cela arrive-t-il : rarement souvent presque toutes les nuits

- **Vous est-il déjà arrivé de vous réveiller brutalement avec la sensation de suffoquer ?**

NON OUI

* si oui, cela arrive-t-il : rarement souvent presque toutes les nuits

- **Avez-vous habituellement un sommeil agité ?** NON OUI Je ne sais pas

- **Vous relevez vous la nuit pour uriner ?** NON OUI * si oui, combien de fois par nuit : _____

- Vous arrive-t-il d'avoir des hallucinations visuelles ou auditives (voir des images ou entendre des voix) à l'endormissement ou au réveil ? NON OUI

- Vous arrive-t-il de vous réveiller avec l'impression d'être incapable de bouger? NON OUI

- Vous arrive-t-il de grincer des dents la nuit? NON OUI je ne sais pas

- Etes-vous somnambule ? NON OUI je ne sais pas

- Vous a-t-on fait remarquer que vous bougiez souvent les jambes pendant votre sommeil ?

NON OUI Je ne sais pas

* si oui, cela arrive-t-il : rarement souvent presque toutes les nuits

- Ressentez-vous des sensations de brûlure, de picotements, de fourmillements et même de douleur dans les jambes accompagnées par un besoin impérieux de les bouger ?

NON OUI Je ne sais pas

- Ces symptômes surviennent-ils seulement ou principalement au repos et s'améliorent-ils avec les mouvements ?

NON OUI Je ne sais pas

- Ces symptômes sont-ils plus intenses le soir ou la nuit que le matin ?

NON OUI Je ne sais pas

Autres informations qui vous paraissent importantes à nous communiquer: