



CENTRE DU SOMMEIL

Santé | Prévention | Recherche

MERCI DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE • ADULTE

Date : _____
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____
Date de naissance : _____ Age : _____
Adresse e-mail : _____

Médecin traitant : _____

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

Situation familiale :

marié(e)s ou en couple divorcé(e), séparé(e) veuf/veuve célibataire

Nombre d'enfants : _____ Age : _____

Profession : _____

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

A. TRAITEMENT EN COURS

B. HABITUDES DE VIE

1. Tabac : actuel arrêté jamais fumé

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

Age de début : _____ ans durée : _____ ans nombre de cigarettes/j : _____

2. Alcool :

Consommation quotidienne moyenne des 6 derniers mois en unité par jour : _____
(1 unité = 1 verre de vin = 1 apéritif = 1 digestif = 1 bière ; par ex : 1 apéritif + 2 verres de vin = 3 unités)

3. Activité physique :

Aucune Faible (< 1 fois /semaine) Modérée (1-3 fois/sem) Importante

4. Consommation de caféine (café, thé, coca, boissons « énergétiques ») :

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

Heure de prise du dernier café ou thé : _____

5. Horaires de travail : _____

Réguliers Irréguliers Horaires postés Travail de nuit

C. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

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

1. Maladies cardiovasculaires :

Hypertension artérielle Infarctus du myocarde Angine de poitrine AVC

2. Troubles métaboliques :

Diabète Hypercholestérolémie Hypertriglycéridémie

3. Maladies respiratoires :

Asthme Bronchite chronique Autre :

4. Maladies neurologiques ou psychiatriques :

Dépression Trouble bi-polaire Epilepsie Autre :

5. Autre :

Insuffisance rénale Chirurgie du nez ou de la gorge Reflux gastro-oesophagien
 Glaucome
 Allergies à :
 Autre :

D. ANTÉCÉDENTS 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 :

E. LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT CE QUE VOUS RESSENTEZ LE JOUR :

1. Échelle 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

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) Assis en train de lire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) En train de regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) Assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunion) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d) Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 heure | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e) Allongé l'après-midi pour se reposer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f) Assis en train de parler à quelqu'un | 0 | 1 | 2 | 3 |
| g) Assis calmement après un repas sans alcool | 0 | 1 | 2 | 3 |
| h) Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement | 0 | 1 | 2 | 3 |

Score : _____

2. Échelle 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

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

Score : _____

3. Échelle de dépression :

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

- | | |
|--|-------|
| a) J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête | V / F |
| b) Je suis sans énergie | V / F |
| c) J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent | V / F |
| d) Je suis déçu et dégoûté par moi-même | V / F |
| e) Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire | V / F |
| f) En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens | V / F |
| g) J'ai le cafard | V / F |
| h) Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit | V / F |

- g) J'ai l'esprit moins clair que d'habitude V / F
h) Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume V / F
i) En ce moment, je suis triste V / F
j) J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire V / F
k) En ce moment, ma vie me semble vide V / F

Score :

4. 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

5. 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 ?

- Oui Non

6. Avez-vous des difficultés de concentration ou d'attention ?

- Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il : Un peu Modérément Beaucoup

7. Avez-vous des pertes de mémoire ?

- Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il : Un peu Modérément Beaucoup

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

- Oui Non

9. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête ?

- Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il principalement le matin au réveil : Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il : Rarement Souvent Presque tous les matins

10. Votre désir sexuel a-t-il diminué ?

- Oui Non Ne me concerne pas

Si oui, depuis combien de temps : années

11. Vos capacités sexuelles ont-elles diminué ?

Oui Non Ne me concerne pas

Si oui, depuis combien de temps : années

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

1. Globalement, votre sommeil est :

Très mauvais Mauvais Bon Très bon

2. Combien d'heures dormez-vous en moyenne ?

- En période d'activité professionnelle ou scolaire :
- En période de congé :

3. Avez-vous un sommeil réparateur ?

Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il : Rarement Souvent Presque tous les jours

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

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, depuis combien de temps : années

Si oui, 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

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

Oui Non Ne s'applique pas

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

Oui Non Ne s'applique pas

Si oui, cela arrive-t-il : Rarement Souvent Presque toutes les nuits

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

Oui Non

Si oui, cela arrive-t-il : Rarement Souvent Presque toutes les nuits

8. Avez-vous habituellement un sommeil agité ?

Oui Non Je ne sais pas

9. Vous relevez-vous la nuit pour uriner ?

Oui Non

Si oui, depuis combien de fois par nuit :

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

Oui Non

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

Oui Non

12. Vous arrive-t-il de grincer des dents la nuit ?

Oui Non Je ne sais pas

13. Êtes-vous somnambule ?

Oui Non Je ne sais pas

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

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, cela arrive-t-il : Rarement Souvent Presque toutes les nuits

15. 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 ?

Oui Non Je ne sais pas

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

Oui Non Je ne sais pas

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

Oui Non Je ne sais pas

G. AUTRES INFORMATIONS QUI VOUS PARAISSENT IMPORTANTES :
