

A LIRE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

Ce questionnaire est soumis au secret médical. Il ne sera utilisé que dans le cadre de la présente étude de votre sommeil. Afin de pouvoir effectuer une analyse pertinente, il vous est demandé de répondre à toutes les questions de la façon la plus complète et exacte possible.

VOTRE SOMMEIL

DE QUEL TYPE DE TROUBLES DU SOMMEIL VOUS PLAIGNEZ-VOUS ?

Merci de choisir une seule de ces 4 options :

- Somnolence
- Insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)
- Les deux
- Ni l'un ni l'autre

* Vous endormez-vous facilement ? OUI-NON

* Combien de temps cela vous prend-il généralement ?minutes

* Vous réveillez-vous durant la nuit ? OUI-NON

Si OUI, combien de fois sur la nuit ?fois

* Vous levez-vous durant la nuit ? OUI-NON

Si OUI, combien de fois ?fois

Pour uriner ? OUI-NON

* Souffrez-vous de troubles sexuels ? OUI-NON

* Avez-vous des somnolences ou des accès d'endormissement dans la journée ? OUI-NON

* Souffrez-vous d'insomnie (mauvais sommeil durant la nuit) ? OUI-NON

Si OUI, précisez (cochez) :

- Difficultés d'endormissement
- Eveils nocturnes
- Tendances à vous réveiller trop tôt
- Sensation de ne pas dormir

* Ronflez-vous ? OUI-NON

Si OUI, depuis combien de temps rencontrez-vous ce problème ?

Votre position de sommeil a-t-elle une influence sur le ronflement ? OUI-NON

* Votre partenaire a-t-il remarqué que vous arrêtiez de respirer durant le sommeil ? (entourez)

JAMAIS RAREMENT PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

* Souffrez-vous de transpiration excessive la nuit ? (entourez)

JAMAIS RAREMENT PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

* Vous réveillez-vous le matin avec la bouche sèche ou la gorge douloureuse ? (entourez)

JAMAIS RAREMENT PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

* Vous réveillez-vous le matin avec un mal de tête ? (entourez)

JAMAIS RAREMENT PARFOIS SOUVENT TOUJOURS

* Autres :

AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL

Avez-vous d'autres troubles/plaintes pendant le sommeil ? (cochez si pertinent)

- Cauchemars – rêves angoissants
- Somniloquie (parler en dormant)
- Bruxisme (grincement ou serrement involontaire et excessif des dents durant le sommeil)
- Terreurs nocturnes
- Somnambulisme
- Crises d'épilepsie au cours du sommeil
- Secousses/spasmes dans les membres ou l'ensemble du corps
- Douleurs : précisez la localisation et si possible la cause :

.....
.....

- Hallucinations visuelles et/ou auditives. Si OUI précisez :
 - A l'endormissement
 - Au réveil
 - Décrivez :
- Paralysie nocturne
- Vous est-il arrivé durant le mois écoulé de ressentir une faiblesse musculaire au niveau des genoux (éventuellement au point de tomber) ou au niveau de la mâchoire au moment d'une émotion (rire, peurs, colère) ? OUI-NON
- Vous arrive-t-il de ressentir un besoin irrésistible de bouger les jambes, souvent associé à des sensations inconfortables et désagréables ? OUI-NON
- Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes :
 - Ces symptômes apparaissent-ils ou s'aggravent-ils lors de périodes de repos ou d'inactivité, particulièrement dans la position allongée ou assise ? OUI-NON
 - Ces symptômes sont-ils soulagés partiellement ou totalement lors de mouvements, tels que la marche ou l'étirement, au moins aussi longtemps que dure l'activité ? OUI-NON
 - Ces symptômes apparaissent-ils ou s'aggravent-ils le soir ou la nuit ? OUI-NON
 - Si OUI, à quelle fréquence ?/semaine,/mois
- Autres :

.....

SI vous avez coché une ou plusieurs cases ci-dessus, merci de préciser pour chacune :

1/ Ecrivez le premier trouble coché ci-dessus :

La fréquence :/nuit/semaine

Depuis quand ces troubles se produisent-ils ?

2/ Ecrivez le second trouble coché ci-dessus :

La fréquence :/nuit/semaine

Depuis quand ces troubles se produisent-ils ?

3/ Ecrivez le troisième trouble coché ci-dessus :

La fréquence :/nuit/semaine

Depuis quand ces troubles se produisent-ils ?

ISI – INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE

Pour chacune des questions, veuillez encercler la réponse qui correspond le plus fidèlement à votre sommeil au cours du dernier mois. Pour les trois premières questions, veuillez estimer la SEVERITE de vos difficultés de sommeil.

DIFFICULTE A S'ENDORMIR

AUCUNE	LEGERE	MOYENNE	ELEVEE	EXTREME
0	1	2	3	4

DIFFICULTE A RESTER ENDORMI(E)

AUCUNE	LEGERE	MOYENNE	ELEVEE	EXTREME
0	1	2	3	4

PROBLEME DE REVEIL TROP TOT LE MATIN

AUCUNE	LEGERE	MOYENNE	ELEVEE	EXTREME
0	1	2	3	4

A QUEL POINT ETES-VOUS **SATISFAIT(E)** DE VOTRE SOMMEIL ACTUEL

TRES SATISFAIT(E)	SATISFAIT(E)	NEUTRE	INSATISFAIT(E)	TRES INSATISFAIT(E)
0	1	2	3	4

A QUEL POINT CONSIDEREZ-VOUS QUE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL **PERTURBENT** VOTRE FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN (EX : FATIGUE, CONCENTRATION, MÉMOIRE, HUMEUR, ...) ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

A QUEL POINT CONSIDEREZ-VOUS QUE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL SONT **APPARENTEES** POUR LES AUTRES EN TERME DE DETERIORATION DE LA QUALITE DE VIE ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

A QUEL POINT ETES-VOUS **INQUIET(E)/PREOCCUPE(E)** A PROPOS DE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

DE MANIERE GENERALE, COMMENT EVALUEZ-VOUS LA **QUALITE** DE VOTRE SOMMEIL ?

EXCELLENTE	BONNE	ACCEPTABLE	PAUVRE	MEDIOCRE
0	1	2	3	4

DE MANIERE GENERALE, COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS AU **LEVER** LE MATIN ?

TRES REPOSE(E)	REPOSE(E)	MOYEN	TRES FARTIGUE(E)	EXTENU(E)
0	1	2	3	4

DANS QUELLE MESURE VOS DIFFICULTES DIMINUENT-ELLES VOTRE **QUALITE** DE VIE ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

A QUEL POINT CONSIDEREZ-VOUS QUE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL AFFECTENT VOS RELATIONS INTERPERSONNELLES (FAMILLE, AMIS, COLLÈGUES, ...) ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

A QUEL POINT CONSIDEREZ-VOUS QUE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL AFFECTENT VOTRE **HUMEUR** LE JOUR (TENTION, IRRITABILITE, ANXIETE, DEPRESSION, ...) ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

A QUEL POINT CONSIDEREZ-VOUS QUE VOS DIFFICULTES DE SOMMEIL AFFECTENT VOS **ACTIVITES SOCIALES** OU DE **LOISIRS** ?

AUCUNEMENT	LEGEREMENT	MOYENNEMENT	TRES	EXTREMEMENT
0	1	2	3	4

COMBIEN DE NUIT PAR SEMAINE (MOYENNE DU DERNIER MOIS) AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES DE SOMMEIL ?

..... nuits par semaine.

PENDANT LA JOURNEE

- * Avez-vous des moments de fatigue ou de baisse de forme ? OUI-NON
Si OUI, vers quelle heure ?
- * Avez-vous des moments de somnolence ? OUI-NON
Si OUI, vers quelle heure ?
- * Avez-vous des accès de somnolence contre lesquels vous ne pouvez pas lutter ? OUI-NON
Si OUI, vers quelle heure ?
- * Faites-vous la sieste plus de 3 fois par semaine ? OUI-NON
Si OUI, pendant environ combien de temps ?/minutes
A quel moment de la journée ?
Tirez-vous un bénéfice de vos siestes (plus éveillé(e), tonique, ...) ? OUI-NON
- * Avez-vous déjà piqué du nez ou vous êtes-vous déjà endormi au volant ? OUI-NON
Si OUI, cela vous arrive-t-il ?
 Presque tous les jours (6 à 7 fois par semaine)
 Souvent (3 à 4 fois par semaine)
 Parfois (1 à 2 fois par semaine)
 Rarement (1 à 2 fois par mois)
 Jamais ou presque jamais
- * Avez-vous déjà eu un accident de la route lié à la somnolence ? OUI-NON
Si OUI, combien de fois ?fois
Dans quelles circonstances ?
- * Avez-vous déjà failli avoir un accident de la route lié à la somnolence ? OUI-NON
Si OUI, combien de fois ?fois
Dans quelles circonstances ?
- * Avez-vous déjà eu un accident du travail lié à la somnolence ? OUI-NON
Si OUI, combien de fois ?fois
Dans quelles circonstances ?
- * Etes-vous plus irritable, plus vif (vive) ? OUI-NON
- * Avez-vous des troubles de mémoire ou de concentration ? OUI-NON
- * En dehors de tout épisode de sommeil, vous arrive-t-il d'avoir une chute soudaine de la tête, d'un membre ou de tout votre corps vous conduisant à des maladresses ou à des chutes ? OUI-NON
Si OUI, est-ce provoqué par une émotion ? OUI-NON

SOMNOLENCE - ECHELLE D'EPWORTH

Afin de mesurer une certaine somnolence durant la journée, voici quelques situations de vie quotidienne où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir.

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une des situations suivantes, essayez d'imaginer ce qui aurait pu se passer.

Pour chacune des questions, veuillez encercler la réponse qui correspond le plus fidèlement.

CHANCES DE M'ASSOUIR

1. ASSIS(E) EN TRAIN DE LIRE

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

2. EN REGARDANT LA TELEVISION

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

3. ASSIS(E), INACTIF/VE DANS UN LIEU PUBLIC (CINEMA, THEATRE, REUNION, ...)

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

4. PASSAGER(E) DANS UNE VOITURE OU TRANSPORT EN COMMUN ROULANT DEPUIS PLUS D'UNE HEURE SANS ARRÊT

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

5. ALLONGE(E) DANS L'APRES-MIDI LORSQUE LES CIRCONSTANCES LE PERMETTENT

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

6. ASSIS(E) EN TRAIN DE PARLER AVEC QUELQU'UN

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

7. ASSIS(E) AU CALME APRES UN DEJEUNER SANS ALCOOL

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

8. DANS UNE VOITURE IMMOBILISEE QUELQUES MINUTES À UN FEU ROUGE OU DANS UN EMBOUTAILLAGE

JAMAIS	FAIBLE	MOYEN	FORTE
0	1	2	3

VOTRE SCORE FINAL (additionnez vos points) :/24

TEST HAD

Pour chacune des questions, veuillez encercler la réponse qui vous correspond le plus.

SCORE TOTAL : /21

JE ME SENS TENDU(E) OU ENERVE(E)

JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	LA PLUPART DU TEMPS
0	1	2	3

J'AI UNE SENSATION DE PEUR COMME SI QUELQUE CHOSE D'HORRIBLE ALLAIT M'ARRIVER

PAS DU TOUT	UN PEU MAIS CA NE M'INQUIETE PAS	OUI	OUI TRES NETTEMENT
0	1	2	3

JE ME FAIS DU SOUCI

TRES RAREMENT	OCCASIONNELLEMENT	ASSEZ SOUVENT	TRES SOUVENT
0	1	2	3

JE PEUX RESTER TRANQUILLEMENT ASSIS(E) A NE RIEN FAIRE ET ME SENTIR DECONTRACTE(E)

OUI QUOI QU'IL ARRIVE	OUI EN GENERAL	RAREMENT	JAMAIS
0	1	2	3

J'EPROUVE DES SENSATIONS DE PEUR ET J'AIL ESTOMAC NOUE

JAMAIS	PARFOIS	ASSEZ SOUVENT	TRES SOUVENT
0	1	2	3

J'AI LA BOUGEOTTE ET N'ARRIVE PAS A TENIR EN PLACE

PAS DU TOUT	PAS TELLEMENT	UN PEU	OUI TOUT A FAIT
0	1	2	3

J'EPROUVE DES SENSATIONS SOUDAINES DE PANIQUE

JAMAIS	PARFOIS	ASSEZ SOUVENT	LA PLUPART DU TEMPS
0	1	2	3

SCORE TOTAL : /21

JE PRENDS PLAISIR AUX MEMES CHOSES QU'AUTREFOIS

OUI TOUT AUTANT	PAS AUTANT	UN PEU SEULEMENT	PRESQUE PLUS
0	1	2	3

JE RIS FACILEMENT ET VOIS LE BON COTE DES CHOSES

AUTANT QU'AVANT	PLUS AUTANT QU'AVANT	VRAIMENT MOINS	PLUS DU TOUT
0	1	2	3

JE SUIS DE BONNE HUMEUR

LA PLUPART DU TEMPS	ASSEZ SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS
0	1	2	3

J'AI L'IMPRESSION DE FONCTIONNER AU RALENTI

JAMAIS	PARFOIS	TRES SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
0	1	2	3

JE NE M'INTERESSE PLUS A MON APPARENCE

AUTANT QU'AVANT	MOINS QU'AVANT	PAS SUFFISEMENT	PLUS DU TOUT
0	1	2	3

JE ME REJOUIS D'AVANCE A L'IDEE DE FAIRE CERTAINES CHOSES

AUTANT QU'AVANT	UN PEU MOINS QU'AVANT	MOINS QU'AVANT	PRESQUE JAMAIS
0	1	2	3

JE PEUX PRENDRE PLAISIR A LIRE UN BON LIVRE OU REGARDER UNE BONNE EMISSION TELEVESEE (OU RADIO)

SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	TRES RAREMENT
0	1	2	3

VOTRE PARCOURS PERSONNEL

MODE DE VIE

- * Avez-vous le permis de conduire ? OUI-NON
Si OUI, combien de kilomètres faites-vous par an en tant que conducteur ?km
- * Etes-vous un professionnel de la route ? OUI-NON
- * Fumez-vous ou avez-vous fumé ? OUI-NON
Si OUI, à quel âge avez-vous commencé ?ans
Combien fumez ou fumiez-vous par jour en moyenne ?
 cigarettes/jour
 cigares/jour
 gr de tabac à pipe/jour
Depuis combien de temps (mois ou années) avez-vous arrêté ?
Utilisez-vous une cigarette électronique ? : OUI-NON - Si oui, depuis combien de temps ?.....
- * Consommez-vous des boissons alcoolisées ? OUI-NON
Si OUI, à quelle fréquence ? OCCASIONNELLEMENT – LE WEEK- END – TOUS LES JOURS
A quel moment de la journée ?
En quelle quantité ?
 Vin :verres 12 cl/jour
 Bière :verres 25 cl/jour
 Apéritifs :verres 12 cl/jour
 Digestifs :verres 4 cl/jour
- * Consommez-vous des boissons à base de caféine (café, thé, cola) ? OUI-NON
Si OUI, combien de tasses/verres par jour ?
- * Consommez-vous de la drogue ? OUI-NON
Si OUI, laquelle et en quelle quantité ?
- * Travaillez-vous en horaires irréguliers ? OUI-NON
Si OUI, travaillez-vous à pauses et/ou la nuit ? OUI-NON
Décrivez vos horaires de travail :
.....
- * A quelle heure vous levez-vous habituellement le matin ?
Utilisez-vous un réveil ? OUI-NON
- * A quelle heure vous-couchez-vous habituellement le soir ?
- * Faites-vous du sport ? OUI-NON
Si OUI, lequel ?
A quel moment de la journée ?
- * Votre poids s'est-il modifié ?
Perte de poids OUI-NON
Prise de poids OUI-NON
Si OUI, à l'une des deux questions, combien de kg et sur combien de temps ?
.....
- * Avez-vous un régime alimentaire particulier à respecter ? OUI-NON
Si OUI, précisez :
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

* Présentez-vous ou êtes-vous traité(e) pour les pathologies suivantes ? (cochez les mentions utiles)

Cardiovasculaire

- Hypertension artérielle (HTA)
- Antécédents d'infarctus du myocarde ou d'angine de poitrine
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC – congestion)
- Fibrillation auriculaire
- Insuffisance cardiaque
- Hypercholestérolémie

Neurologie et psychiatrie

- Syndrome des jambes sans repos
- Parkinson
- Dépression
- Burn out

Pneumologie

- Bronchite chronique
- Asthme

ORL

- Rhinite allergique
- Obstruction nasale chronique
- Antécédents chirurgie voile ou amygdale

Endocrinologie

- Hypothyroïdie
- Acromégalie
- Diabète
- Autres (précisez)

Ophtalmologie

- Glaucome

Autres pathologies significatives (précisez) :

.....
.....
.....

* Avez-vous fait une prise de sang récemment ? OUI-NON

* Avez-vous eu des problèmes de sommeil durant votre enfance (énurésie -perte d'urine, somnambulisme, ...) ? OUI-NON

Si OUI, précisez :

* Etes-vous ou avez-vous été suivi(e) pour d'autres maladies ? OUI-NON

Si OUI, précisez :

* Avez-vous été opéré(e) ? (cochez si pertinent)

- Des amygdales
- Des végétations
- D'une déviation de la cloison nasale

LA NUIT DE L'ENREGISTREMENT DE VOTRE SOMMEIL

* Heure du coucher :

* Heure de l'extinction des lumières :

* Heure du lever :

COMMENT AVEZ-VOUS DORMI ?

TRES MAL	MAL	MOYENNEMENT	BIEN	TRES BIEN
----------	-----	-------------	------	-----------

COMPARATIVEMENT A VOTRE SOMMEIL HABITUEL, CETTE NUIT VOUS A PARU

MOINS BONNE	IDENTIQUE	MEILLEURE
-------------	-----------	-----------

LE SOMMEIL A-T-IL PARU ?

PLUS COURT	IDENTIQUE	PLUS LONG
------------	-----------	-----------

LE DEGRE DE SOMMEIL VOUS A PARU

TRES SUPERFICIEL	SUPERFICIEL	CORRECT	PROFOND
------------------	-------------	---------	---------

LE DEGRE DE RECUPERATION VOUS SEMBLE

PEU RECUPERATEUR	MOYEN	RECUPERATEUR
------------------	-------	--------------

CE MATIN VOUS ETES ?

TRES ENDORMI(e)	ENDORMI(e)	MOYENNEMENT REVEILLE(e)	REVEILLE(e)
-----------------	------------	-------------------------	-------------

SI VOUS AVEZ REVE CETTE NUIT, QUEL ETAIT LE CARACTERE DU REVE ?

EFFRAYANT	DESAGRABLE	INDIFFERENT	AGREABLE
-----------	------------	-------------	----------

Autres (remarque particulière durant cette nuit) :

.....
.....
.....
.....
.....

Complété par :

Le :

Signature :