

EVALUATION DE LA QUALITE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE

Date du questionnaire : ____ / ____ / ____

NOM : _____

PRENOM : _____

Tél. personnel : _____

Tél professionnel : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Poids : _____ Taille : _____

Profession : _____

Médecin qui vous envoie :

- Nom :

- Ville

Médecin traitant habituel:

- Nom :

- Ville

1. Quel est le motif de votre consultation ?

2. De quel type de troubles du sommeil vous plaignez-vous ?

- somnolence ou accès d'endormissement dans la journée
- insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)
- les deux
- ni l'un, ni l'autre

3. Depuis quand présentez-vous ces troubles du sommeil ?

Depuis _____ Ans

Votre sommeil de nuit

4. Avez-vous des difficultés d'endormissement plus de 3 fois par semaine ?

Oui Non

5. Vous réveillez-vous souvent au cours de la nuit ?

Oui Non

6. Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils vers 2, 3 ou 4h du matin sans pouvoir vous rendormir ensuite avec la sensation d'une somnolence sans vrai sommeil ?

Oui Non

7. Vous levez-vous au cours de la nuit pour uriner ?

Oui Non

Si oui, combien de fois par nuit ? _____

8. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine ?

entre ____ h et ____ h

9. Combien de temps mettez-vous pour vous endormir ?

- moins d'1/4 d'heure
- entre 1/4 d'heure et 1/2 heure
- entre 1/2 heure et 1 heure
- plus d'1 heure

10. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine ?

entre ____ h et ____ h

11. Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ?

_____ heures

12. Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ?

_____ heures

13. Avez-vous des horaires particuliers (3x8, 2x8, travail de nuit, ...) ?

Oui Non

Si Oui, précisez le rythme de vos rotations :

14. Le week-end ou les jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ?

Oui Non

Si Oui, précisez :

- vos horaires de coucher : _____ h
- vos horaires de lever : _____ h

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

Oui Non Je ne sais pas

Si Oui, cela vous arrive-t-il ?

- presque toutes les nuits (6 à 7 nuits par semaine)
- souvent (4 ou 5 nuits par semaine)
- parfois (2 ou 3 nuits par semaine)
- rarement (1 nuit par semaine ou moins)

16. Faites-vous chambres séparées à cause des ronflements ? Oui Non
17. Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ? Oui Non
18. Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil Oui Non
19. Transpirez-vous beaucoup en dormant ? Oui Non
20. Votre partenaire vous reproche-t-il de bouger les jambes la nuit et de lui donner des « coups de pied » ? Oui Non
21. Au moment du coucher avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes qui vous gênent pour vous endormir ou vous obligent à vous lever ? Oui Non
22. Vous est-il arrivé de ne plus pouvoir bouger ni parler lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez, comme si vous étiez paralysé(e) ? Oui Non
23. Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ? Oui Non
24. Faites-vous régulièrement des cauchemars ? Oui Non
25. Etes-vous sujet à des accès de somnambulisme ou parlez-vous la nuit ? Oui Non
26. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent ? :
- en forme et « dispos »
 - encore fatigué et endormi
 - autre, précisez : _____
27. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ? Oui Non

Pendant la journée

28. Avez-vous des moments de fatigue ou de baisse de forme ? Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) _____

29. Avez-vous des moments de somnolence ? Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) _____

30. Avez-vous des accès de somnolence contre lesquels vous ne pouvez pas lutter ?

Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) _____

31. Faites-vous la sieste plus de 3 fois par semaine ? Oui Non

32. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent sans vraiment vous endormir dans une des situations suivantes ? Cette question s'adresse à votre vie dans les mois derniers. (Si vous ne vous êtes pas trouvé dans l'une de ces situations, imaginez comment elle aurait pu vous affecter).

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié à chaque situation.

0 = je ne suis jamais somnolent
1 = faible chance de m'endormir

2 = chance moyenne de m'endormir
3 = forte chance de m'endormir

Situation	Chance de m'endormir
Assis en lisant un livre ou le journal	0 – 1 – 2 – 3
En regardant la télévision	0 – 1 – 2 – 3
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 – 1 – 2 – 3
Si vous êtes passager d'une voiture pendant un trajet d'une heure	0 – 1 – 2 – 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 – 1 – 2 – 3
Assis, en parlant avec quelqu'un	0 – 1 – 2 – 3
Assis, tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée	0 – 1 – 2 – 3
Au volant de la voiture, lors d'un arrêt de la circulation de quelques minutes	0 – 1 – 2 – 3

Total : _____

33. Avez-vous déjà piqué du nez ou vous êtes vous déjà endormi en conduisant ?

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

34. 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

35. Dans le tableau suivant, entourez pour chaque proposition la réponse qui correspond à votre état

En ce moment, ma vie me semble vide	vrai	faux
J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête	vrai	faux
Je me sens bloqué(e) ou empêché (e) devant la moindre chose à faire	vrai	faux
Je suis sans énergie	vrai	faux
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même	vrai	faux
Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	vrai	faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	vrai	faux
En ce moment je suis triste	vrai	faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	vrai	faux
J'aime moins qu'avant faire des choses qui me plaisent et m'intéressent	vrai	faux
La mémoire me semble moins bonne que d'habitude	vrai	faux
Je suis sans espoir pour l'avenir	vrai	faux
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	vrai	faux

Total : _____

36. Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

Oui Non

Si oui,

lesquels ? _____

depuis combien de temps ? _____ ans

37. Prenez-vous habituellement des médicaments pour calmer votre anxiété ?

Oui Non

Si oui,

lesquels ? _____

depuis combien de temps ? _____ ans

38. Avez-vous pris du poids récemment ?

Oui Non

Si Oui, combien de kg en combien de temps ? _____

39. Quelle quantité de boissons alcoolisées buvez-vous en moyenne par jour ?

- Vin : _____ verres/jour
- Bière : _____ canettes/jour
- Apéritifs : _____ verres/jour
- Digestifs : _____ verres/jour

Nombre de verres par jour : _____

(1 verre de vin = une canette de bière = 1 apéritif = 1 digestif)

40. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?

Oui

Non

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? à _____ ans

Pour les fumeurs

Combien fumez-vous en moyenne :

- de cigarettes par jour ? _____
- de cigares par jour ? _____
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? _____

Pour les ex-fumeurs

Si vous avez arrêté de fumer, précisez depuis quelle année : _____

Combien fumiez-vous en moyenne auparavant :

- de cigarettes par jour ? _____
- de cigares par jour ? _____
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? _____

Paquets-années (le calcul sera fait par le médecin) : _____

41. Avez-vous le permis de conduire ?

Oui

Non

Si oui, combien de kilomètres faites-vous par an en conduisant ? _____ km

42. Etes-vous un professionnel de la route ?

Oui

Non

43. Avez-vous eu un accident automobile du fait de la somnolence ?

Oui

Non

Si oui, combien de fois ? |__|__|

44. Avez-vous failli avoir un accident automobile du fait d'une somnolence ?

(en conduisant sur la file opposée, sur le bas côté, ...)

Oui

Non

Si oui, combien de fois ? |__|__|

45. Avez-vous eu un accident du travail du fait d'une somnolence ?

Oui

Non

Si oui, combien de fois ? |_|_|

Présentez-vous ou êtes vous traité(e) pour les pathologies suivantes :

- **Hypercholestérolémie** oui non
- **Diabète** oui non
- **Cardiovasculaire**
 - Hypertension artérielle : oui non
 - Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine : oui non
 - Antécédent d'accident vasculaire cérébral (congestion) oui non
 - Fibrillation auriculaire : oui non
 - Insuffisance cardiaque : oui non
- **Neurologie et psychiatrie**
 - Syndrome des jambes sans repos : oui non
 - Parkinson: oui non
 - Dépression : oui non
- **Pneumologie**
 - Bronchite chronique : oui non
- **ORL**
 - Rhinite allergique: oui non
 - Obstruction nasale chronique : oui non
 - Antécédents chirurgie voile ou amygdale: oui non
- **Endocrinologie**
 - Hypothyroïdie: oui non
 - Acromégalie: oui non
 - Autres :.....
- **Autres pathologies significatives** _____

TRAITEMENTS EN COURS

(Prise de médicaments : en règle générale, inscrire soit le nom du médicament ou le générique)

- **Hypnotiques :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Antidépresseurs :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Anxiolytiques :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Traitement mouvements périodiques des jambes :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Insuline :** oui non
- **Antidiabétiques oraux :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Traitement antihypertenseur :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
 - A défaut, nombre de médicaments antihypertenseurs : : _____
- **Traitement à visée thyroïdienne :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Traitement Hypocholestérolémiant :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) : _____
- **Anti-agrégants plaquettaires :** oui non
 - Si oui, le ou lequel(s) :
 - Plavix oui non
 - Kardégic oui non
 - Aspégic oui non