

QUESTIONNAIRE DU SOMMEIL

Date du questionnaire :/...../.....

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Poids : kg Taille :cm

Répondez aux questions suivantes en cochant la case correspondante :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Ronflez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité / libido ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous, en vous couchant, des régurgitations acides dans le fond de la gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous des sueurs nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des maux de tête au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous gêné par une toux nocturne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes ? (et parfois les bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si oui, est-ce soulagé par des mouvements de jambes (étirement, marche, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si oui, survenant exclusivement ou principalement la soirée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si oui, qui débute au repos ou si vous êtes inactif (couché par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somnolence

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

TOTAL :

État de santé

	OUI	NON
Avez-vous de l'hypertension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du diabète ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles neurologiques ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles psychiatriques ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous ménopausée ? (pour les femmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement actuel

Avez-vous un traitement pour :	OUI	NON
Une dépression ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anxiété ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des douleurs ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de la tension artérielle ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du diabète ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ? Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ce questionnaire ne décrit pas exactement votre sommeil, merci de préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....