

Secrétariat Unité du Sommeil : Tél : 03 44 61 34 34 – Fax : 03 44 62 66 14

Explorations du sommeil

QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A REMETTRE DES QUE POSSIBLE AVEC ORDONNANCE DE L'EXAMEN

Date du questionnaire : Date de l'examen :

NOM : PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE *si différent* :

Sexe : M F Date de naissance :

Adresse :

.....

Tél personnel : Tél Professionnel :

Adresse mail :

Profession : Poids : Taille :

Mode de vie : Célibataire En couple Nombre d'enfants :

Identité et téléphone de la personne à prévenir :

.....

MÉDECIN QUI VOUS ENVOIE

Docteur

Adresse :

.....

.....

MÉDECIN TRAITANT HABITUEL

Docteur

Adresse :

.....

.....

Si vous êtes à 100%, merci de nous dire pour quelle pathologie :

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un infarctus du myocarde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale (attaque vasculaire cérébrale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'hypercholestérolémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez arrêté, ce depuis quand ?		
Avez-vous déjà fait une (plusieurs) dépression(s) nerveuse(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui en quelle(s) année(s) ?		

Autres problèmes de santé ?

.....

.....

.....

.....

Faites la liste de TOUS les médicaments que vous prenez actuellement :

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà réalisé un enregistrement du sommeil ? Oui Non

Dans ce cas, merci de joindre une copie des résultats et les coordonnées du médecin consulté

Etes-vous appareillé pour les apnées du sommeil ? Oui Non

Si oui : avec quel appareil ? Quel est votre prestataire ? Quel est le médecin qui assure votre suivi ?

.....

VOTRE SOMMEIL

1. Quel est votre principal symptôme :

- Difficulté à vous endormir
- Réveils nocturnes fréquents et prolongés
- Réveil trop précoce
- Somnolence dans la journée
- Somnambulisme
- Fatigue dans la journée
- Autre : précisez

SOMNOLENCE

Etes-vous obligé de faire des siestes dans la journée ?

- Jamais
- Rarement ou que le week-end
- Parfois en semaine à la pause de midi
- Souvent en semaine, sur mon lieu de travail

Ces siestes sont-elles rafraichissantes ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent, mais pas toujours
- Le plus souvent

Vous arrive-t-il de vous endormir véritablement malgré votre volonté de rester éveillé ?

- Jamais
- Rarement (*une fois par mois*)
- Souvent (*plusieurs fois par semaine*)
- Presque tous les jours

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir involontairement sur votre lieu de travail ?

- Oui
- Non

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir involontairement alors que vous étiez actif ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle est la situation la plus inattendue dans laquelle vous vous êtes endormi (ex : en téléphonant)

.....

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir au volant ?

- Oui
- Non

Autres remarques concernant vos problèmes de sommeil :

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

ÉVALUATION DE LA SOMNOLENCE

Echelle de somnolence d'EPWORTH

Johns MW (1991) A new method for measuring daytime sleepiness/ The Epworth Sleepiness Scale.

Sleep 14 :540-545

Date du questionnaire :

NOM :

PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE *si différent* :

Sexe : M F

Date de naissance :

Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, 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, essayé d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation.

0 = jamais d'assoupissement

1 = Peu de chance de s'assoupir

2 = bonne chance de s'assoupir

3 = Très forte chance d'assoupissement

Exemple : si le risque de vous endormir « assis(e) en lisant un livre ou le journal » est modéré cochez : 2

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Assis(e) en lisant un livre ou le journal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis(e), inactif(ve), dans un lieu public
(Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion, ...) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport en commun roulant
depuis plus d'une heure sans interruption | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. Allongé(e) après le repas de midi lorsque les circonstances le
permettent | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Assis(e) en parlant avec quelqu'un | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques
minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

Total :

Questionnaire : CES-D

CENTER OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE
Radloff LS. 1977/Traduction française : Fuhrer R. Rouillon, F

Consigne : Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste, durant la semaine écoulée ? Pour répondre, entourez le chiffre correspondant à la fréquence.

0/Jamais, très rarement (moins d'un jour) **1**/Occasionnellement (1 à 2 jours) **2**/Assez souvent (« 2 à 4 jours) **3**/ Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours).

(Durant la semaine écoulée : mettez une réponse pour chaque ligne)

	Jamais, très rarement	Occasionnelle ment	Assez souvent	Fréquemment tout le temps
1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui, d'habitude, ne me dérangent pas	0	1	2	3
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	1	2	3
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.	0	1	2	3
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.	0	1	2	3
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.	0	1	2	3
8. J'ai été confiant(e)	0	1	2	3
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	0	1	2	3
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	1	2	3
11. Mon sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
12. J'ai été heureux(se)	0	1	2	3
13. J'ai parlé moins que d'habitude	0	1	2	3
14. Je me suis senti(e) seul(e)	0	1	2	3
15. Les autres ont été hostiles envers moi	0	1	2	3
16. J'ai profité de la vie	0	1	2	3
17. J'ai eu des crises de larmes	0	1	2	3
18. Je me suis senti(e) triste	0	1	2	3
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	1	2	3
20. J'ai manqué d'entrain	0	1	2	3

Échelle de fatigue PICHOT

Date du questionnaire :

NOM : PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE *si différent* :

Sexe : M F

Date de naissance :

Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celle qui correspondant le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4.

0/Pas du tout

1/Un peu

2/Moyennement

3/Beaucoup

4/Extrêmement

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Extrêmement
Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
Tout demande un effort	0	1	2	3	4
Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué, lourd et raide	0	1	2	3	4

TOTAL (sur 32) :

NB : Ce questionnaire aide à mesure votre niveau général de Fatigue et n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour discuter des causes et des conséquences de cette fatigue dans votre vie.