

EVALUATION DE LA QUALITE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE

QUESTIONNAIRE INITIAL - 1^{ère} VISITE

Date du questionnaire : / ____ / ____ / ____ /

NOM :

PRENOM :

Tél. personnel :

Tél professionnel :

Date de naissance : / ____ / ____ / ____ /

Sexe : F M

Poids :

Taille :

Profession :

En couple : Oui Non

Médecin qui vous envoie :

- Nom :

- Ville

Médecin traitant habituel:

- Nom :

- Ville

Quel est le motif de votre consultation ?

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

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

- Somnolence ou accès d'endormissement dans la journée
- Insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)
- Ronflements
- Autre :

Depuis quand présentez-vous ces troubles du sommeil ?

Depuis Ans

Votre sommeil de nuit

1. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine (veille d'un jour de travail) ?

entre h..... et h.....

2. 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

3. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine (jour de travail) ?

entre h et h.....

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

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

5.1 La veille d'un jour de travail : heures

5.2 La veille d'un jour de repos : heures

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

Si Oui, précisez le rythme de vos rotations :

- Travail de nuit seul 2 x 8 3 x 8 12 x 2 horaires irréguliers
- horaires de jour avec astreintes déplacées Autre :

7. Le week-end ou jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ? Oui Non

Si Oui, précisez :

- vos horaires de coucher: entre h et h.....

- vos horaires de lever : entre h et h.....

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

Oui Non

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

Oui Non

10. 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

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

Oui Non

Si oui, combien de fois par nuit ?

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

Oui Non Je ne sais pas

Si Oui, cela vous arrive-t-il?

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

13. Faites-vous chambres séparées à cause des ronflements ?

Oui Non

14. Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ?

Oui Non

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

Oui Non

16. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ?

Oui Non

17. Transpirez-vous beaucoup en dormant ?

Oui Non

18. Votre partenaire vous reproche-t-il de bouger les jambes la nuit et de lui donner des « coups de pied » ?

Oui Non

19. 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

20. 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

21. 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

22. Faites-vous régulièrement des cauchemars ?

Oui Non

23. Êtes-vous sujet à des accès de somnambulisme ou parlez-vous la nuit ?

Oui Non

24. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent ? :

- en forme et « dispos »
- encore fatigué(e) ou endormi(e)
- autre, précisez :



Pendant la journée

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

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

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

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

27. Avez-vous des accès de somnolence contre lesquels vous ne pouvez pas lutter ? Oui Non

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

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

29. 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 maladroites ou à des chutes ?

Oui Non *Si Oui*, est-ce provoqué par une émotion ? Oui Non

30. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent(e) 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(e) 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(e) 2 = chance moyenne de m'endormir
1 = faible chance de m'endormir 3 = forte chance de m'endormir

Situation	Chance de m'endormir
Assis(e) en lisant un livre ou le journal	0 - 1 - 2 - 3
En regardant la télévision	0 - 1 - 2 - 3
Assis(e), inactif(ve), dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 - 1 - 2 - 3
Passager(e) d'une voiture roulant depuis une heure sans arrêt	0 - 1 - 2 - 3
Allongé(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 - 1 - 2 - 3
Assis(e), en parlant avec quelqu'un	0 - 1 - 2 - 3
Assis(e), tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée	0 - 1 - 2 - 3
Dans une voiture, arrêtée quelques minutes dans un embouteillage	0 - 1 - 2 - 3

Total :

31. Avez-vous le permis de conduire ? Oui Non
Si oui, combien de kilomètres faites-vous par an en conduisant ? km

32. Etes-vous un professionnel de la route ? Oui No

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

Oui Non

Si oui, combien de fois ?

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

(en conduisant sur la file opposée, sur le bas côté,) Si oui, combien de fois ?

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

Oui Non

Si oui, combien de fois ?

37. Avez-vous pris du poids récemment ?

Oui Non

Si Oui, combien de kgen combien de temps ?

38. 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)

39. 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) :

ANTECEDENTS MEDICAUX - PATHOLOGIES ASSOCIEES

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

METABOLIQUE

1. Hypercholestérolémie Oui Non
2. Diabète Oui Non

CARDIOVASCULAIRE

3. Hypertension artérielle Oui Non
4. Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine Oui Non
5. Antécédent d'accident vasculaire cérébral (congestion) Oui Non
6. Fibrillation auriculaire Oui Non
7. Insuffisance cardiaque Oui Non
8. Artérite des membres inférieurs Oui Non

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

9. Syndrome des jambes sans repos Oui Non
10. Dépression Oui Non
11. Epilepsie Oui Non
12. Fibromyalgie Oui Non

PNEUMOLOGIE

13. Bronchite chronique Oui Non
14. Asthme Oui Non

ORL

15. Rhinite allergique Oui Non
16. Obstruction nasale chronique Oui Non
17. Antécédents chirurgie voile ou amygdale Oui Non

ENDOCRINOLOGIE

18. Hypothyroïdie Oui Non
19. Acromégalie Oui Non

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, lequel :

- **Traitement Hypocholestérolémiant :** Oui Non
 - Si oui, lequel :

- **Anti-agrégants plaquettaires :** Oui Non
 - Si oui, le ou lequel(s) :
 - Plavix (Clopidogrel) oui non
 - Kardégic oui non
 - Aspégic oui non
 - Brilique (Ticagrelor) oui non
 - Autre :

- **Anticoagulant :** Oui Non

Autres traitements :