

## Questionnaire Sommeil Patient

Patient :  Mr  Mme  Enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro SS : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adressé par : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Nous vous informons que nos consultations, actes techniques de prévention et d'éducations thérapeutiques peuvent comprendre un acte pris en charge par la sécurité sociale au tarif conventionné secteur 1 et une partie **hors nomenclature**, ne pouvant faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ; ceci conformément à l'article 66 de la Convention nationale.

*Sensibilisation aux troubles du sommeil lors d'une consultation initiale ou de suivi supérieur à 4 mois : + 17,30 €*

*Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polygraphie : + 54 €*

*Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polysomnographie : + 78 €*

Je confirme avoir pris connaissance des conditions et consentir de façon libre et éclairée.

*Signature, précédée de la mention Bon pour Accord :*

Motif de la consultation : \_\_\_\_\_

*La connaissance de votre état de santé nous conduit à adapter notre attitude thérapeutique à chaque cas particulier, nous vous demandons donc de remplir avec le plus de précision l'ensemble du document suivant.*

### Données Epidémiologiques

Sexe : \_\_\_\_\_ Taille (en cm) : \_\_\_\_\_ Poids (en kg) : \_\_\_\_\_

### Situation familiale

Marié(e)/en couple  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Profession : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Age(s) enfant(s) : \_\_\_\_\_

Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?  Oui  Non

Si grossesse en cours, de combien de semaines/mois : \_\_\_\_\_

Allergies médicamenteuses connues : \_\_\_\_\_

## Antécédents personnels

<b>Troubles liés au sommeil :</b>		<b>Troubles cardiovasculaires :</b>	
<input type="checkbox"/> Insomnie chronique (> 3 mois) <input type="checkbox"/> Trouble du rythme circadien (avance ou retard de phase) <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées obstructives du sommeil <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées centrales du sommeil <input type="checkbox"/> Hypersomnie idiopathique <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos <input type="checkbox"/> Troubles du comportement lors du sommeil lent (terreur nocturne, somnambulisme, éveil confusionnel) <input type="checkbox"/> Troubles du comportement en sommeil paradoxal	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle – Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque (extrasystole, bloc de branche, fibrillation etc..) <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Angine de poitrine <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral	Autre(s) : _____	
Autre(s) : _____		Autre(s) : _____	
<b>Troubles gynécologiques :</b>	<b>Troubles neurologiques :</b>	<b>Troubles pneumologiques :</b>	
<input type="checkbox"/> Syndrome des Ovaires PolyKystiques <input type="checkbox"/> Endométriose <input type="checkbox"/> Adénomyose <input type="checkbox"/> Ménopause <input type="checkbox"/> Grossesse en cours	<input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Retard neurodéveloppemental <input type="checkbox"/> Démence / Trouble neurodégénératif <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Allergies respiratoires	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Autre(s) : _____		Autre(s) : _____	
<b>Troubles métaboliques :</b>	<b>Troubles ORL :</b>		
<input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie / Hypertriglycéridémie <input type="checkbox"/> Carence en vitamines (fer, acide folique, vitamine B12, zinc...) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Insulino-Résistance <input type="checkbox"/> Antécédent de chirurgie bariatrique (sleeve, by-pass, anneau gastrique) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Respiration buccale <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Hypertrophie des amygdales et/ou végétations <input type="checkbox"/> Ablation des amygdales et/ou végétations <input type="checkbox"/> Hypertrophie de la base de langue <input type="checkbox"/> Déviation cloison nasale <input type="checkbox"/> Hypertrophie des cornets <input type="checkbox"/> Rhinite chronique <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Chirurgie du nez	Autre(s) : _____	
Autre(s) : _____		Autre(s) : _____	
<b>Troubles immunitaires et douloureux chroniques :</b>	<b>Troubles de la santé mentale :</b>		
<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire ou immunitaire : Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Fibromyalgie ou Syndrome douloureux chronique et diffus <input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin irritable	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Etat de stress aigu <input type="checkbox"/> Etat de stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) <input type="checkbox"/> Haut potentiel intellectuel et/ou émotionnel diagnostiqué <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Enurésie	Autre(s) : _____	
Autre(s) : _____		Autre(s) : _____	

<b>Troubles stomatologiques :</b>		<b>Addictions :</b>	
<input type="checkbox"/> Malocclusion <input type="checkbox"/> Rétrognathie <input type="checkbox"/> Endoalvéolie ou Endognathie <input type="checkbox"/> Palais ogival <input type="checkbox"/> SADAM <input type="checkbox"/> Bruxisme  Autre(s) : _____		Tabagisme : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré Alcoolisme : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré Consommation de cannabis : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré Consommation d'autres drogues (cocaïne, ecstasy, MDMA, héroïne etc...) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré Dépendance médicamenteuse (benzodiazépine, anti-douleur etc...) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré      Préciser : _____ Autre(s) : _____	
<b>Antécédents familiaux</b>			
<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Bipolarité <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde		<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Obésité ou surpoids <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie/hypertriglycéridémie <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> Impatiences (syndrome des jambes sans repos) <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<b>Habitude de vie</b>			
Horaire coucher : _____ Endormissement : _____ Réveil : _____ Levé : _____ Dort : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple Environnement : <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Bruyant Sentiment de bonheur de 0 à 10 : _____ Activité physique : <input type="checkbox"/> Aucune faible (< 1 fois/semaine) <input type="checkbox"/> Modérée (1 à 3 fois/semaine) <input type="checkbox"/> Importante (presque tous les jours)		Consommation de caféine (café, thé, cola, boissons « énergétiques ») : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Faible (1 à 2 fois/j) <input type="checkbox"/> Modérée (3-4 fois/j) <input type="checkbox"/> Importante (>4 fois/j) Heure de dernière consommation de caféine : _____ Régime particulier : <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Sans FODMAPS <input type="checkbox"/> Sans gluten <input type="checkbox"/> Sans lactose <input type="checkbox"/> Amincissant (préciser le type) : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<b>Symptômes</b>			
<input type="checkbox"/> Sommeil non-récupérateur <input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement <input type="checkbox"/> Multiples réveils nocturnes <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Respiration bouche ouverte <input type="checkbox"/> Pauses respiratoires <input type="checkbox"/> Réveil en sursaut <input type="checkbox"/> Besoin d'uriner la nuit (nycturie) <input type="checkbox"/> Sueur nocturne <input type="checkbox"/> Sommeil agité	<input type="checkbox"/> Douleur éveillante <input type="checkbox"/> Cauchemars plusieurs fois / semaine <input type="checkbox"/> Réveil précoce <input type="checkbox"/> Céphalées matinales <input type="checkbox"/> Cernes <input type="checkbox"/> Somnolence diurne <input type="checkbox"/> Irritabilité / Anxiété / Humeur triste <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration / Perte de mémoire	<input type="checkbox"/> Impatiences (syndrome des jambes sans repos) <input type="checkbox"/> Prise de poids <input type="checkbox"/> Perte de libido / Perte érection matinale <input type="checkbox"/> Si appareillage, préciser prestataire, pressions, fuites, type de masque et observance : _____ _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____	
Traitement(s) en cours : _____			
Commentaire(s) libre(s) : _____			

## Echelle de somnolence d'Epworth

*Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir.*

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

0 = aucune chance 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
Etant 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

*Le score total est compris entre 0 et 24.*

*Un score > 10 indique une somnolence diurne excessive (ou cliniquement significative).*

*Un score > 15 indique une somnolence diurne sévère.*

Score :

## Echelle de fatigue de Pichot

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour :

0 = pas du tout	1 = un petit peu	2 = moyennement	3 = beaucoup	4 = extrêmement
-----------------	------------------	-----------------	--------------	-----------------

Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
Tout demande de l'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 fatiguée 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, raide	0	1	2	3	4

*Un total supérieur à 22, sur un maximum de 32, traduit une fatigue excessive devant amener à consulter.*

Score :

## Echelle de Horne & Ostberg

*S'il vous plaît, lisez attentivement chaque question avant d'y répondre.*

*Elles vont permettre de définir si vous êtes plutôt du matin ou du soir.*

<p>1. Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous lèveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ? Marquez d'une croix.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 05h00-06h30 4. <input type="checkbox"/> 06h30-07h45 3. <input type="checkbox"/> 07h45-09h45 2. <input type="checkbox"/> 09h45-11h00 1. <input type="checkbox"/> 11h00-12h00</p>	<p>2. Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Très fatigué 2. <input type="checkbox"/> Relativement fatigué 3. <input type="checkbox"/> Relativement en forme 4. <input type="checkbox"/> Très en forme</p>
<p>3. A quel moment de la soirée vous sentez-vous vraiment fatigué, au point de vous endormir ?</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 20h00-21h00 4. <input type="checkbox"/> 21h00-22h15 3. <input type="checkbox"/> 22h15-00h45 2. <input type="checkbox"/> 00h45-02h00 1. <input type="checkbox"/> 02h00-03h00</p>	<p>4. A quelle heure de la journée vous sentez-vous dans votre meilleure forme (donnez seulement 1 heure) :</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 05h00-07h00 4. <input type="checkbox"/> 08h00-09h00 3. <input type="checkbox"/> 10h00-16h00 2. <input type="checkbox"/> 17h00-21h00 1. <input type="checkbox"/> 21h00-04h00</p>
<p>5. On dit parfois que quelqu'un est un « sujet du soir » ou un « sujet du matin ». Vous considérez-vous comme celui du matin ou du soir ?</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Tout à fait un sujet du matin 4. <input type="checkbox"/> Plutôt un sujet du matin 2. <input type="checkbox"/> Plutôt un sujet du soir 0. <input type="checkbox"/> Tout à fait un sujet du soir</p>	

*Le score total s'obtient en additionnant les scores notés devant les réponses à chaque item.*

*Le score total est compris entre 4 et 25. Le chronotype s'évalue suivant les scores suivants :*

- 22 à 25 : nettement du matin
- 18 à 21 : modérément du matin
- 12 à 17 : intermédiaire
- 8 à 11 : modérément du soir
- 4 à 7 : nettement du soir

Score :

## Questionnaire de Dépression et Anxiété HAD

Lisez chaque question et entourez la réponse qui s'adapte le mieux à vous pour la semaine passée.

Question n°1 : Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n° 2 : Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n°3 : J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n° 4 : Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n° 5 : Je me fais du souci :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n° 6 : Je suis de bonne humeur :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n° 7 : Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n° 8 : J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n° 9 : J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n°10 : Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n°11 : J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n°12 : Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

Question n°13 : J'éprouve des sensations soudaines de panique :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

Question n° 14 : Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision :

La plupart du temps	0
Souvent	1
De temps en temps	2
Jamais	3

A : Total des réponses aux questions 1,3,5,7,9,11,13 :

D : Total des réponses aux questions 2,4,6,8,10,12,14 :

Score ≥ 11 : symptomatologie certaine.