

## Questionnaire Sommeil Patient

**Patient :** ☐ Mr ☐ Mme ☐ Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro SS : \_\_\_\_\_

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

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

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Adressé par : \_\_\_\_\_

Nous vous informons que nos consultations, actes techniques de prévention et d'éducatons 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

### Troubles liés au sommeil :

- ☐ Insomnie chronique (> 3 mois)
- ☐ Trouble du rythme circadien (avance ou retard de phase)
- ☐ Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- ☐ Syndrome d'apnées centrales du sommeil
- ☐ Hypersomnie idiopathique
- ☐ Narcolepsie
- ☐ Syndrome des jambes sans repos
- ☐ Troubles du comportement lors du sommeil lent (terreur nocturne, somnambulisme, éveil confusionnel)
- ☐ Troubles du comportement en sommeil paradoxal

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles cardiovasculaires :

- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Hypotension artérielle – Hypotension orthostatique
- ☐ Troubles du rythme cardiaque (extrasystole, bloc de branche, fibrillation etc..)
- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Angine de poitrine
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Glaucome
- ☐ Accident Vasculaire Cérébral

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles gynécologiques :

- ☐ Syndrome des Ovaires Polykystiques
- ☐ Endométriose
- ☐ Adénomyose
- ☐ Ménopause
- ☐ Grossesse en cours

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles neurologiques :

- ☐ Épilepsie
- ☐ Retard neurodéveloppemental
- ☐ Démence / Trouble neurodégénératif
- ☐ Traumatisme crânien

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles pneumologiques :

- ☐ Asthme
- ☐ BPCO
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique
- ☐ Emphysème
- ☐ Allergies respiratoires

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles métaboliques :

- ☐ Surpoids
- ☐ Hypercholestérolémie / Hypertriglycéridémie
- ☐ Carence en vitamines (fer, acide folique, vitamine B12, zinc...)
- ☐ Diabète
- ☐ Insulino-Résistance
- ☐ Antécédent de chirurgie bariatrique (sleeve, by-pass, anneau gastrique)
- ☐ Insuffisance rénale

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles ORL :

- ☐ Respiration buccale
- ☐ Ronflement
- ☐ Hypertrophie des amygdales et/ou végétations
- ☐ Ablation des amygdales et/ou végétations
- ☐ Hypertrophie de la base de langue
- ☐ Déviation cloison nasale
- ☐ Hypertrophie des cornets
- ☐ Rhinite chronique
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Chirurgie du nez

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles immunitaires et douloureux chroniques :

- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Hyperthyroïdie
- ☐ Douleurs chroniques
- ☐ Maladie inflammatoire ou immunitaire : Précisez : \_\_\_\_\_
- ☐ Arthrose
- ☐ Fibromyalgie ou Syndrome douloureux chronique et diffus
- ☐ Syndrome de l'intestin irritable

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Troubles de la santé mentale :

- ☐ Dépression
- ☐ Trouble anxieux
- ☐ Trouble bipolaire
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Etat de stress aigu
- ☐ Etat de stress post-traumatique
- ☐ Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H)
- ☐ Haut potentiel intellectuel et/ou émotionnel diagnostiqué
- ☐ Trouble de la personnalité
- ☐ Enurésie

Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Troubles stomatologiques :**

- ☐ Malocclusion  
☐ Rétrognathie  
☐ Endoalvéolie ou Endognathie  
☐ Palais ogival  
☐ SADAM  
☐ Bruxisme

Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Addictions :**

- Tabagisme : ☐ En cours ☐ Sevré  
 Alcoolisme : ☐ En cours ☐ Sevré  
 Consommation de cannabis : ☐ En cours ☐ Sevré  
 Consommation d'autres drogues (cocaïne, ecstasy, MDMA, héroïne etc...) : ☐ En cours ☐ Sevré  
 Dépendance médicamenteuse (benzodiazépine, anti-douleur etc...) : ☐ En cours ☐ Sevré Préciser : \_\_\_\_\_  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux**

- ☐ Dépression  
☐ Bipolarité  
☐ Schizophrénie  
☐ Ronflement  
☐ Apnée du sommeil  
☐ Hypertension artérielle  
☐ Infarctus du myocarde

- ☐ Accident vasculaire cérébral  
☐ Obésité ou surpoids  
☐ Diabète  
☐ Hypercholestérolémie/hypertriglycéridémie  
☐ Narcolepsie  
☐ Impatiences (syndrome des jambes sans repos)  
☐ Autres : \_\_\_\_\_

**Habitude de vie**

Horaire coucher : \_\_\_\_\_  
 Endormissement : \_\_\_\_\_  
 Réveil : \_\_\_\_\_  
 Levé : \_\_\_\_\_  
 Dort : ☐ Seul ☐ En couple  
 Environnement : ☐ Calme ☐ Bruyant  
 Sentiment de bonheur de 0 à 10 : \_\_\_\_\_  
 Activité physique :  
☐ Aucune faible (< 1 fois/semaine)  
☐ Modérée (1 à 3 fois/semaine)  
☐ Importante (presque tous les jours)

Consommation de caféine (café, thé, cola, boissons « énergétiques »):  
☐ Aucune ☐ Faible (1 à 2 fois/j)  
☐ Modérée (3-4 fois/j) ☐ Importante (>4 fois/j)  
 Heure de dernière consommation de caféine : \_\_\_\_\_  
 Régime particulier :  
☐ Végétarien ☐ Végétalien  
☐ Sans FODMAPS  
☐ Sans gluten  
☐ Sans lactose  
☐ Amincissant (préciser le type) : \_\_\_\_\_  
☐ Autres : \_\_\_\_\_

**Symptômes**

- ☐ Sommeil non-récupérateur  
☐ Difficultés d'endormissement  
☐ Multiples réveils nocturnes  
☐ Ronflement  
☐ Respiration bouche ouverte  
☐ Pausas respiratoires  
☐ Réveil en sursaut  
☐ Besoin d'uriner la nuit (nycturie)  
☐ Sueur nocturne  
☐ Sommeil agité

- ☐ Douleur éveillante  
☐ Cauchemars plusieurs fois / semaine  
☐ Réveil précoce  
☐ Céphalées matinales  
☐ Cernes  
☐ Somnolence diurne  
☐ Irritabilité / Anxiété / Humeur triste  
☐ Difficultés de concentration / Perte de mémoire

- ☐ Impatiences (syndrome des jambes sans repos)  
☐ Prise de poids  
☐ Perte de libido / Perte érection matinale  
☐ Si appareillage, préciser prestataire, pressions, fuites, type de masque et observance :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
☐ 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.*

**1.** Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous leveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ? Marquez d'une croix.

5. ☐ 05h00-06h30

4. ☐ 06h30-07h45

3. ☐ 07h45-09h45

2. ☐ 09h45-11h00

1. ☐ 11h00-12h00

**2.** Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil ?

1. ☐ Très fatigué

2. ☐ Relativement fatigué

3. ☐ Relativement en forme

4. ☐ Très en forme

**3.** A quel moment de la soirée vous sentez-vous vraiment fatigué, au point de vous endormir ?

5. ☐ 20h00-21h00

4. ☐ 21h00-22h15

3. ☐ 22h15-00h45

2. ☐ 00h45-02h00

1. ☐ 02h00-03h00

**4.** A quelle heure de la journée vous sentez-vous dans votre meilleure forme (donnez seulement 1 heure) :

5. ☐ 05h00-07h00

4. ☐ 08h00-09h00

3. ☐ 10h00-16h00

2. ☐ 17h00-21h00

1. ☐ 21h00-04h00

**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 ?

6. ☐ Tout à fait un sujet du matin

4. ☐ Plutôt un sujet du matin

2. ☐ Plutôt un sujet du soir

0. ☐ Tout à fait un sujet du soir

*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  $\geq 11$  : symptomatologie certaine.