



## 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 : + 12,50 €**

**Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polygraphie : + 50 €**

**Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polysomnographie : + 75 €**

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
- Rétrognatie
- Endoalvéolie ou Endognatie
- 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**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sommeil non-récupérateur</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement</li> <li><input type="checkbox"/> Multiples réveils nocturnes</li> <li><input type="checkbox"/> Ronflement</li> <li><input type="checkbox"/> Respiration bouche ouverte</li> <li><input type="checkbox"/> Pauses respiratoires</li> <li><input type="checkbox"/> Réveil en sursaut</li> <li><input type="checkbox"/> Besoin d'uriner la nuit (nycturie)</li> <li><input type="checkbox"/> Sueur nocturne</li> <li><input type="checkbox"/> Sommeil agité</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Douleur éveillante</li> <li><input type="checkbox"/> Cauchemars plusieurs fois / semaine</li> <li><input type="checkbox"/> Réveil précoce</li> <li><input type="checkbox"/> Céphalées matinales</li> <li><input type="checkbox"/> Cernes</li> <li><input type="checkbox"/> Somnolence diurne</li> <li><input type="checkbox"/> Irritabilité / Anxiété / Humeur triste</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés de concentration / Perte de mémoire</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Impatiences (syndrome des jambes sans repos)</li> <li><input type="checkbox"/> Prise de poids</li> <li><input type="checkbox"/> Perte de libido / Perte érection matinale</li> <li><input type="checkbox"/> Si appareillage, préciser prestataire, pressions, fuites, type de masque et observance :<br/>_____<br/>_____</li> <li><input type="checkbox"/> Autres : _____<br/>_____</li> </ul> |
|---|--|--|

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Etant assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tout demande de l'effort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me sens faible à certains endroits du corps	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai les bras ou les jambes lourdes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me sens fatiguée sans raison	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me sens fatigué, lourd, raide	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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 plait, 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 plait 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.

<p>Question n° 1 : Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 2 : Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 3 : J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 4 : Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 5 : Je me fais du souci :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 6 : Je suis de bonne humeur :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 7 : Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 8 : J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 9 : J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 10 : Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 11 : J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 12 : Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																
<p>Question n° 13 : J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>	Souvent	2 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>	Jamais	0 <input type="checkbox"/>	<p>Question n° 14 : Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>La plupart du temps</td><td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Souvent</td><td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De temps en temps</td><td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jamais</td><td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>	Souvent	1 <input type="checkbox"/>	De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>	Jamais	3 <input type="checkbox"/>
La plupart du temps	3 <input type="checkbox"/>																
Souvent	2 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	1 <input type="checkbox"/>																
Jamais	0 <input type="checkbox"/>																
La plupart du temps	0 <input type="checkbox"/>																
Souvent	1 <input type="checkbox"/>																
De temps en temps	2 <input type="checkbox"/>																
Jamais	3 <input type="checkbox"/>																

**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.