

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 : _____

Comment avez-vous découvert Éléa Santé : _____

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

<p>Troubles liés au sommeil :</p> <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 Autre(s) : _____			<p>Troubles cardiovasculaires :</p> <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) : _____		
<p>Troubles gynécologiques :</p> <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 Autre(s) : _____	<p>Troubles neurologiques :</p> <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Retard neurodéveloppemental <input type="checkbox"/> Démence / Trouble neurodégénératif <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien Autre(s) : _____	<p>Troubles pneumologiques :</p> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Allergies respiratoires Autre(s) : _____			
<p>Troubles métaboliques :</p> <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 Autre(s) : _____			<p>Troubles ORL :</p> <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) : _____		
<p>Troubles immunitaires et douloureux chroniques :</p> <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 Autre(s) : _____			<p>Troubles de la santé mentale :</p> <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) : _____		

<p>Troubles stomatologiques :</p> <p><input type="checkbox"/> Malocclusion</p> <p><input type="checkbox"/> Rétrognathie</p> <p><input type="checkbox"/> Endoalvéolie ou Endognathie</p> <p><input type="checkbox"/> Palais ogival</p> <p><input type="checkbox"/> SADAM</p> <p><input type="checkbox"/> Bruxisme</p> <p>Autre(s) : _____</p>	<p>Addictions :</p> <p>Tabagisme : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré</p> <p>Alcoolisme : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré</p> <p>Consommation de cannabis : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré</p> <p>Consommation d'autres drogues (cocaïne, ecstasy, MDMA, héroïne etc...) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré</p> <p>Dépendance médicamenteuse (benzodiazépine, anti-douleur etc...) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sevré Préciser : _____</p> <p>Autre(s) : _____</p>
---	--

Antécédents familiaux

<p><input type="checkbox"/> Dépression</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolarité</p> <p><input type="checkbox"/> Schizophrénie</p> <p><input type="checkbox"/> Ronflement</p> <p><input type="checkbox"/> Apnée du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertension artérielle</p> <p><input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde</p>	<p><input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral</p> <p><input type="checkbox"/> Obésité ou surpoids</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie/hypertriglycéridémie</p> <p><input type="checkbox"/> Narcolepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Impatiences (syndrome des jambes sans repos)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
---	--

Habitude de vie

<p>Horaire coucher : _____</p> <p>Endormissement : _____</p> <p>Réveil : _____</p> <p>Levé : _____</p> <p>Dort : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple</p> <p>Environnement : <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Bruyant</p> <p>Sentiment de bonheur de 0 à 10 : _____</p> <p>Activité physique :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune faible (< 1 fois/semaine)</p> <p><input type="checkbox"/> Modérée (1 à 3 fois/semaine)</p> <p><input type="checkbox"/> Importante (presque tous les jours)</p>	<p>Consommation de caféine (café, thé, cola, boissons « énergétiques ») :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Faible (1 à 2 fois/j)</p> <p><input type="checkbox"/> Modérée (3-4 fois/j) <input type="checkbox"/> Importante (>4 fois/j)</p> <p>Heure de dernière consommation de caféine : _____</p> <p>Régime particulier :</p> <p><input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien</p> <p><input type="checkbox"/> Sans FODMAPS</p> <p><input type="checkbox"/> Sans gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Sans lactose</p> <p><input type="checkbox"/> Amincissant (préciser le type) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
--	---

Symptômes

<p><input type="checkbox"/> Sommeil non-récupérateur</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement</p> <p><input type="checkbox"/> Multiples réveils nocturnes</p> <p><input type="checkbox"/> Ronflement</p> <p><input type="checkbox"/> Respiration bouche ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> Pauses respiratoires</p> <p><input type="checkbox"/> Réveil en sursaut</p> <p><input type="checkbox"/> Besoin d'uriner la nuit (nycturie)</p> <p><input type="checkbox"/> Sueur nocturne</p> <p><input type="checkbox"/> Sommeil agité</p>	<p><input type="checkbox"/> Douleur éveillante</p> <p><input type="checkbox"/> Cauchemars plusieurs fois / semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Réveil précoce</p> <p><input type="checkbox"/> Céphalées matinales</p> <p><input type="checkbox"/> Cernes</p> <p><input type="checkbox"/> Somnolence diurne</p> <p><input type="checkbox"/> Irritabilité / Anxiété / Humeur triste</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés de concentration / Perte de mémoire</p>	<p><input type="checkbox"/> Impatiences (syndrome des jambes sans repos)</p> <p><input type="checkbox"/> Prise de poids</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de libido / Perte érection matinale</p> <p><input type="checkbox"/> Si appareillage, préciser prestataire, pressions, fuites, type de masque et observance :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>_____</p>
--	---	--

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 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.

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.