

QUESTIONNAIRE SOMMEIL « PREMIERE FOIS »

MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS !

Date du questionnaire : / ___ / ___ / ___ /

Date de naissance : / ___ / ___ / ___ /

NOM :

PRENOM :

ADRESSE (bâtiment, rue) :

CODE POSTAL :

VILLE :

Téléphone personnel (ou d'un proche) :

Email (pour recevoir les convocations) :

Sexe : F M

Poids :

Taille :

• Quelle est votre situation professionnelle ?

- Actif(ve) → Profession actuelle :
- Retraité(e) → Profession(s) exercée(s) :
- Sans activité

• Conduisez-vous un véhicule ? Plusieurs réponses possibles

- Non
- Oui mais uniquement le week-end ou en vacances
- Oui pour effectuer le trajet domicile-travail
- Oui dans le cadre de mon activité professionnelle

↳ Conduisez-vous un véhicule lourd ? Oui Non

Médecin qui vous envoie (Nom et lieu d'exercice) :

MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION OU D'EXAMEN

Plusieurs réponses sont possibles.

- Je ne sais pas / On m'a demandé de prendre rendez-vous
- Ronflements gênants
- Suspicion d'apnées du sommeil
- Somnolence excessive / accès d'endormissement dans la journée
- Insomnie (difficulté à s'endormir et/ou à se rendormir ; prise de médicaments pour dormir et difficulté à les arrêter)
- Impatiences / Syndrome des Jambes Sans Repos
- Cauchemars fréquents / Comportements inhabituels durant la nuit (e.g. somnambulisme)
- Sommeil non récupérateur malgré mon quota de sommeil en vacances
- Difficulté à tolérer le traitement pour les apnées (Pression Positive Continue)
- Difficulté à tolérer le traitement pour les apnées (Orthèse d'Avancée Mandibulaire)
- Contrôle d'efficacité du traitement pour les apnées (PPC ou orthèse)

Autre motif / Précisions (qu'est-ce qui vous gêne le plus par exemple ?) :

RYTHME DE SOMMEIL

1. On dit parfois de quelqu'un qu'il est une « personne du matin » ou « une personne du soir » .

Comment vous considérez-vous ? Nettement du matin Plutôt du matin

Plutôt du soir Nettement du soir Ni l'un ni l'autre

2. Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus) et que vous étiez libre d'organiser votre journée, à quelle heure vous mettriez-vous au lit et à quelle heure vous lèveriez-vous le lendemain matin?.....

APNEES/RONFLEMENTS

3. Vous arrive-t-il de ronfler ? (Plusieurs réponses possibles)

Oui mais c'est léger ou peu bruyant

Oui et ça peut être bruyant (suffisamment fort pour qu'on m'entende à travers une porte fermée ou que mon/ma partenaire me donne des coups de coude durant la nuit)

Oui, plutôt sur le dos

Non je ne ronfle pas mais selon mon/ma partenaire ma respiration est bruyante

Non je ne ronfle pas / je ne sais pas

4. Quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer ou que vous vous étouffiez/suffoquiez pendant votre sommeil ?

Oui Non

5. Vous arrive-t-il d'avoir plusieurs réveils de courte durée au cours de la nuit ou d'avoir une sensation de demi-sommeil ?

Oui, souvent Oui, parfois Non jamais

IMPATIENCE/MOUVEMENTS DE JAMBES

6. Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé de ressentir des sensations désagréables dans les jambes (agacements, énervements, impatiences, engourdissements, picotements, électricité, torsions, ...) associées à une envie irrésistible de bouger les jambes ? Oui Non

7. Ces sensations surviennent-elles ou s'aggravent-elles le soir au coucher ou la nuit ?

Oui Non

8. Ces sensations surviennent-elles ou s'aggravent-elles durant les périodes de repos ou d'inactivité (au théâtre, au cinéma, dans le canapé, dans le lit..) ? Oui Non

9. Ces sensations sont-elles soulagées, même de façon transitoire, par le mouvement ?

Oui Non

10. A quelle fréquence surviennent-elles ?

Très souvent (6-7 jours/semaine) Souvent (4-5 jours/semaine)

Parfois (2-3 jours/semaine) Occasionnellement (1 fois/semaine) Jamais

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

COMPORTEMENTS INHABITUELS AU COURS DU SOMMEIL

12. Etes-vous souvent sujet à des comportements inhabituels durant votre sommeil (donner des coups de poing par ex.) ? Non Oui → Précisez SVP :

FATIGUE (FSS) ET SOMNOLENCE (ESS)

13. Si vous vous allongez un après-midi après quelques jours de vacances pour dormir (et pas seulement pour vous reposer), combien de temps cette sieste peut-elle durer maximum si vous ne programmez pas d'alarme ? Si vous ne vous êtes pas trouvé(e) dans cette situation récemment, imaginez quelle pourrait être la durée d'une sieste.....

14. Le questionnaire ci-dessous permet d'évaluer votre niveau de fatigue et l'impact de celle-ci sur vous. Il contient neuf affirmations qui mesurent la sévérité des symptômes de votre fatigue.

Lisez chaque affirmation et entourez un nombre entre 1 et 7 qui semble correspondre à votre état de fatigue durant la semaine dernière : une valeur basse (=1) indique que vous n'êtes pas d'accord avec l'affirmation tandis qu'une valeur haute (=7) indique que vous êtes d'accord avec l'affirmation proposée.

Durant la semaine passée j'ai trouvé que :	Pas d'accord ←→ D'accord
Ma motivation est plus basse quand je suis fatigué(e)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
Les exercices me demandent des efforts	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
Je suis facilement fatigué(e)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
La fatigue gêne mon fonctionnement physique	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
La fatigue me cause souvent des problèmes	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
La fatigue m'empêche de mener à bien certaines obligations et responsabilités	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
La fatigue est parmi mes 3 symptômes les plus invalidants	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
La fatigue interfère avec mon travail, ma famille, ou ma vie sociale	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

15. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent(e), et pas seulement fatigué(e), 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
1 = faible chance de m'endormir

2 = chance moyenne de m'endormir
3 = forte chance de m'endormir

Situation	Chance de m'endormir
Assis en lisant un livre ou le journal	0 - 1 - 2 - 3
En regardant la télévision	0 - 1 - 2 - 3
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 - 1 - 2 - 3
Si vous êtes passager d'une voiture pendant un trajet d'une heure	0 - 1 - 2 - 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 - 1 - 2 - 3
Assis, en parlant avec quelqu'un	0 - 1 - 2 - 3
Assis, tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée	0 - 1 - 2 - 3
Au volant de la voiture, lors d'un arrêt de la circulation de quelques minutes	0 - 1 - 2 - 3

INSOMNIE/QUALITE DU SOMMEIL (QUESTIONNAIRE SCI)

En pensant à une nuit typique du dernier mois...	Entourez votre réponse :				
1... en combien de temps vous endormez-vous ?	0-15 mn	16-30 mn	31-45 mn	46-60 mn	46-60 mn
2... si par la suite vous vous réveillez pendant la nuit, en combien de temps vous rendormez-vous ?	0-15 mn	16-30 mn	31-45 mn	46-60 mn	46-60 mn
3... combien de nuits par semaine avez-vous un problème avec votre sommeil ?	0-1	2	3	4	5-7
4... comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil ?	Très bonne	Bonne	Moyenne	Pauvre	Très pauvre
En pensant au dernier mois, à quel point la mauvaise qualité du sommeil...					
5... a affecté votre humeur, énergie, ou vos relations ?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
6... a affecté votre concentration, productivité, ou capacité à rester éveillé ?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
7... vous a perturbé de façon générale ?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Finalement...					
8... depuis combien de temps avez-vous un problème avec votre sommeil ?	Je n'ai pas de problème / < 1 mois	1-2 mois	3-6 mois	7-12 mois	> 1 an
<i>Partie réservée au médecin :</i>	4	3	2	1	0

ANTECEDENTS MEDICAUX – PATHOLOGIES ASSOCIEES

● **Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou êtes-vous traité(e) pour l'un des motifs suivants ?**

<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde / Syndrome coronarien <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) <input type="checkbox"/> Arythmie par Fibrillation Auriculaire / Trouble du rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Dépression / trouble bipolaire (diagnostic confirmé par psychiatre)	<input type="checkbox"/> Excès de cholestérol <input type="checkbox"/> Tabagisme (en cours ou arrêté) <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Bronchite chronique/asthme <input type="checkbox"/> Autres → précisez SVP :
--	---

TRAITEMENT EN COURS

Si vous prenez un traitement merci de saisir ci-dessous le nom des médicaments EN MAJUSCULES :

AUTONOMIE

● Avez-vous besoin d'aide pour comprendre le français ou pour effectuer certains gestes de la vie quotidienne (faire la toilette par exemple) ? Non Oui → Précisez quels sont vos besoins :

QUESTIONNAIRE HAD

Ce questionnaire a été conçu de façon à vous permettre d'exprimer ce que vous ressentez sur le plan émotionnel. Lisez chaque question et entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler (une seule réponse par question). Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

<p>Je me sens tendu ou énervé :</p> <p>La plupart du temps 3 Souvent 2 De temps en temps 1 Jamais 0</p>	<p>J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :</p> <p>Oui, tout autant 0 Pas autant 1 Un peu seulement 2 Presque plus du tout 3</p>
<p>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :</p> <p>Oui, très nettement 3 Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 Pas du tout 0</p>	<p>Je sais rire et voir le côté amusant des choses :</p> <p>Toujours autant 0 Plutôt moins 1 Nettement moins 2 Plus du tout 3</p>
<p>Je me fais du souci :</p> <p>Très souvent 3 Assez souvent 2 Occasionnellement 1 Très occasionnellement 0</p>	<p>Je me sens gai et de bonne humeur :</p> <p>Jamais 3 Rarement 2 Assez souvent 1 La plupart du temps 0</p>
<p>Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :</p> <p>Jamais 3 Rarement 2 Oui, en général 1 Oui, toujours 0</p>	<p>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>Pratiquement tout le temps 3 Très souvent 2 Quelques fois 1 Jamais 0</p>
<p>J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :</p> <p>Très souvent 3 Assez souvent 2 Parfois 1 Jamais 0</p>	<p>Je ne m'intéresse plus à mon apparence:</p> <p>Totalement 3 Je n'y fais plus attention 2 Je n'y fais plus assez attention 1 J'y fais attention comme d'habitude 0</p>
<p>Je ne tiens pas en place :</p> <p>Oui, c'est tout à fait le cas 3 Un peu 2 Pas tellement 1 Pas du tout 0</p>	<p>Je me réjouis à l'avance de certaines choses :</p> <p>Comme d'habitude 0 Plutôt moins qu'avant 1 Beaucoup moins qu'avant 2 Pas du tout 3</p>
<p>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>Très souvent 3 sez souvent 2 Rarement 1 Jamais 0</p>	<p>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <p>Souvent 0 Parfois 1 Rarement 2 Pratiquement jamais 3</p>