

Questionnaires pour l'Exploration du Sommeil et de la Vigilance

NOM : Prénom :

NOM de Naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Nom du médecin traitant et (si différent) du médecin adressant :

Taille : Poids :

Pouvez-vous joindre à ce questionnaire la copie de votre ordonnance de traitement actuel.

Etes-vous déjà suivi pour une pathologie du sommeil ?

→ Si Oui laquelle ?

Avez-vous un traitement pour celle-ci ?

Médicament Appareil de PPC Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM)

Activité professionnelle :

Horaires de travail réguliers ? OUI NON

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Êtes-vous somnolent la journée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous la sensation d'arrêt respiratoire la nuit ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous des maux de tête le matin au réveil ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous des difficultés d'endormissements | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous des réveils nocturnes ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Allez-vous aux toilettes la nuit ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Grincez-vous des dents ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Ronflez-vous la nuit ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Êtes-vous fatigué la journée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous un sommeil agité ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Avez-vous des sueurs nocturnes ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |
| Etes-vous gêné par vos jambes le soir avec un besoin de les bouger ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> PARFOIS |

• **ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH**

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (**dans la journée**) dans les situations suivantes sur **les quinze derniers jours** :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

Notez **0** : si **c'est exclu**. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,

Notez **1** : si **ce n'est pas impossible**. «Il y a un petit risque»: **faible** chance,

Notez **2** : si **c'est probable**. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance **moyenne**,

Notez **3** : si **c'est systématique**. «Je somnolerais à chaque fois»: **forte** chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document	0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma	0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès...)	0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...)	0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche	0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool	0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	0 1 2 3
TOTAL	

• **ECHELLES HAD**

Pour répondre à ces questions, donnez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Répondez dans l'ordre numérique (1, 2, 3 ... à 14). Entourez la réponse choisie.

	3	2	1	0
1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	La plupart du temps	Souvent	De temps en temps	Jamais
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Presque plus	Un peu seulement	Pas autant	Oui, tout autant
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver -	Oui, très nettement	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	Pas du tout
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	Plus du tout	Vraiment moins qu'avant	Plus autant qu'avant	Autant que par le passé
5. Je me fais du souci	Très souvent	Assez souvent	Occasionnellement	Très occasionnellement
6. Je suis de bonne humeur	Jamais	Rarement	Assez souvent	La plupart du temps
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté	Jamais	Rarement	Oui, en général	Oui, quoi qu'il arrive
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Presque toujours	Très souvent	Parfois	Jamais
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Jamais
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Plus du tout	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui, c'est tout à fait le cas	Un peu	Pas tellement	Pas du tout
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	Presque jamais	Bien moins qu'avant	Un peu moins qu'avant	Autant qu'avant
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Vraiment très souvent	Assez souvent	Pas très souvent	Jamais
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	Très rarement	Rarement	Parfois	Souvent

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____