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