

Questionnaires pour l'Exploration du Sommeil et de la Vigilance

NOM : Prénom : Sexe :

NOM de Naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

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

Taille :

Poids :

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 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

Concernant vos habitudes de sommeil quels sont vos horaires de coucher et de lever ?

Heures du coucher : Heures de lever :

Et votre endormissement, il est plutôt :

Rapide Variable Long Ne sait pas

• **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 DE PICHOT**

➤ DÉPRESSION

Consigne : Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes par Vrai ou Faux, en faisant référence à votre état ces derniers jours.

	VRAI	FAUX
En ce moment, ma vie me semble vide		
J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête		
Je suis sans énergie		
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire		
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même		
Je suis obligée(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit		
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire		
En ce moment je suis triste		
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude		
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent et m'intéressent		
La mémoire me semble moins bonne que d'habitude		
Je suis sans espoir pour l'avenir		
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens		
TOTAL de réponses VRAI		

➤ ANXIÉTÉ

Consigne : Répondez le plus spontanément possible. Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

	VRAI	FAUX
Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous souvent irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes : <i>Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL de réponses VRAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres choses à signaler au médecin somnologue ?