



Questionnaire consultation sommeil

Recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil

Afin d'optimiser la qualité de la consultation à venir, nous vous remercions de remplir à l'avance ce questionnaire de la façon la plus complète possible. Prenez le temps de le remplir au calme (15-20 min) en prenant en compte les 2 derniers mois.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone :

Mail :

Nom Prénom du médecin traitant :

Age :

Poids : kg

Taille :cm

Traitement(s) :

Nom du médicament	Dosage

A - Antécédents :

Tabagisme

- } Actif
 } Ancien
 Pas de tabagisme
- Nombre de cigarette par jour en moyenne :
Age de début : Age de fin :

Consommation quotidienne d'alcool Oui Non

Si oui :

Nombre de verre par jour :

Type d'alcool :

• Cardiovasculaires

- Hypertension artérielle Oui Non
Diabète Oui Non
Infarctus ou pose de stent cardiaque Oui Non
Cholestérol / triglycérides Oui Non
Arythmie cardiaque Oui Non

• Respiratoires

- BPCO (bronchite chronique) Oui Non
Asthme Oui Non
Allergies Oui Non
Rhinite chronique Oui Non

• Neurologiques

- Dépression, nécessitant ou ayant nécessité un traitement Oui Non
Anxiété Oui Non
Accident vasculaire cérébral Oui Non

• **ORL**

Obstruction nasale chronique Oui Non
Opération des amygdales Oui Non

• **Sommeil**

Avez-vous un parent proche qui présente un syndrome d'apnée ? Oui Non
Avez-vous déjà réalisé un test à la recherche d'un syndrome d'apnée Oui Non
Si oui, résultats ?
Si positif, êtes-vous déjà traité pour un syndrome d'apnée du sommeil Oui Non

B- Activité professionnelle

Avez-vous une activité professionnelle Oui Non
Si oui, laquelle ?

Combien de temps votre activité professionnelle vous occupe-t-elle (approximativement) ?
_____ heures par semaine

Est-ce un travail posté ? Oui Non

Quels sont en général vos horaires de travail ? Début : Fin :
Est-ce un travail de nuit ? Oui Non

C- Votre chambre à coucher est-elle ?

Fraîche (18-19°) Oui Non
Obscure (nécessité d'une lumière pour se déplacer la nuit) Oui Non
Calme (absence de bruits itératifs vous réveillant) Oui Non
Dormez-vous avec un ou des animaux de compagnie ? Oui Non
Comment évaluez vous la qualité de votre literie ? Bonne Mauvaise
Regardez-vous la télévision ou un autre écran dans votre chambre ? Oui Non

D- Question concernant votre temps de sommeil et votre hygiène de sommeil :

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

Nombre de minutes :

3/Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

Heures de sommeil par nuit :

5/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne
- Assez bonne
- Assez mauvaise
- Très mauvaise

6/ Combien d'heures de sommeil estimez-vous avoir besoin pour être en forme le lendemain ?

Heures de sommeil par nuit :

7/ Combien d'heures de sommeil avez-vous lorsque vous n'avez pas de contrainte sociale ou professionnelle (en vacances ou le week-end par exemple) ?

Heures de sommeil par nuit :

Echelle de somnolence d'EPWORTH

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué(e) dans les situations suivantes **en journée (8h-20h)**. Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayer d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines

0= NE SOMNOLERAIT JAMAIS

2 = CHANCE MOYENNE DE S'ENDORMIR

1 = FAIBLE CHANCE DE S'ENDORMIR

3 = FORTE CHANCE DE S'ENDORMIR

1) assis en train de lire	0	1	2	3
2) en train de regarder la TV	0	1	2	3
3) assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
4) comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 h	0	1	2	3
5) assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
6) assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
7) allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
8) dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3

Score =
/24

Echelle de PICHOT

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :

0=PAS DU TOUT

1=UN PETIT PEU

2=MOYENNEMENT

3=BEAUCOUP

4=EXTREMEMENT

1) je manque d'énergie	0	1	2	3	4
2) tout demande un effort	0	1	2	3	4
3) je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
4) j'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
5) je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
6) j'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
7) j'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
8) je me sens fatigué, lourd, raide	0	1	2	3	4

Score =
/32

Evaluation des signes cliniques DU TROUBLE DU SOMMEIL

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :

	Très faible-----	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	-----Très gênant					
1. Ronflement								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Envie de dormir durant la journée								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Somnolence conduite automobile								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Accidents liés à la somnolence								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Presque accident								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Fatigue matinale								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Arrêts respiratoires constatés par l'entourage														<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non
8. Nycturie (besoin d'uriner la nuit)														<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non
Combien de fois																	
9. Maux de tête le matin								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Trouble de la libido								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Trouble de l'érection								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Transpiration nocturne								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Impatience membres inférieurs								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Essoufflement (dyspnée d'effort)								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Typologie de sommeil

Si par exemple, vous êtes en pleine forme tard le soir, si vous aimez (et réussissez à dormir un plus longtemps pendant le week-end par rapport à la semaine, ou si vous ne pouvez pas sortir du lit le lundi matin même sans avoir fait la fête pendant tout le week-end, alors vous êtes plutôt **un chronotype du soir** : un « couche-tard ».

Au contraire, si vous vous levez facilement et que vous sautez du lit, si vous préférez aller vous coucher tôt au lieu d'aller à un concert le soir, alors vous êtes plutôt **un chronotype du matin** : un « lève tôt ».

Pour les questions suivantes, évaluez votre chronotype :

Ne cochez qu'une seule possibilité :

- Si vous pensez être un chronotype du matin :
 - Très important, *cochez 0*
 - Modéré, *cochez 1*
 - Léger, *cochez 2*
- Si vous pensez avoir un chronotype normal : *cochez 3*
- Si vous pensez être un chronotype du soir :
 - Léger, *cochez 4*
 - Modéré, *cochez 5*
 - Très important, *cochez 6*

Je suis :

0	1	2	3	4	5	6

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1 (A). Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2 (D). Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3 (A). J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- 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

4 (D). Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5 (A). Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6 (D). Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7 (A). Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8 (D). J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9 (A). J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10 (D). Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prêt autant d'attention que par le passé 0

11 (A). J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas de tout 0

12 (D). Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13 (A). J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14 (D). Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

A =

D =