

# EVALUATION DE LA QUALITE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE

## QUESTIONNAIRE INITIAL - 1<sup>ère</sup> VISITE

Date du questionnaire : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

NOM : .....

PRENOM : .....

Tél. personnel : .....

Tél professionnel : .....

Date de naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Sexe :      F      M

Poids : .....

Taille : .....

Profession : .....

En couple :       Oui       Non

Médecin qui vous envoie :

- Nom :

- Ville

Médecin traitant habituel:

- Nom :

- Ville

Quel est le motif de votre consultation ?

.....  
.....  
.....

De quel type de troubles du sommeil vous plaignez-vous ?

- Somnolence ou accès d'endormissement dans la journée
- Insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)
- Ronflements
- Autre : .....

Depuis quand présentez-vous ces troubles du sommeil ?

Depuis ..... Ans

## Votre sommeil de nuit

1. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine (veille d'un jour de travail) ?

entre ..... h..... et ..... h.....

2. Combien de temps mettez-vous pour vous endormir ?

- moins d'1/4 d'heure
- entre 1/4 d'heure et 1/2 heure
- entre 1/2 heure et 1 heure
- plus d'1 heure

3. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine (jour de travail) ?

entre ..... h .... et ..... h.....

4. Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ? ..... heures

5. Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ?

5.1 La veille d'un jour de travail : ..... heures

5.2 La veille d'un jour de repos : ..... heures

6. Avez-vous des horaires particuliers (3x8, 2x8, travail de nuit, ...) ?  Oui  Non

*Si Oui*, précisez le rythme de vos rotations :

- Travail de nuit seul  2 x 8  3 x 8  12 x 2  horaires irréguliers
- horaires de jour avec astreintes déplacées  Autre : .....

7. Le week-end ou jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ?  Oui  Non

*Si Oui*, précisez :

- vos horaires de coucher: entre ..... h .... et ..... h.....

- vos horaires de lever : entre ..... h .... et ..... h.....

8. Avez-vous des difficultés d'endormissement plus de 3 fois par semaine ?

Oui  Non

9. Vous réveillez-vous souvent au cours de la nuit ?

Oui  Non

10. Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils vers 2, 3 ou 4h du matin sans pouvoir vous rendormir ensuite avec la sensation d'une somnolence sans vrai sommeil ?

Oui  Non

11. Vous levez-vous au cours de la nuit pour uriner ?

Oui  Non

*Si oui, combien de fois par nuit ? .....*

12. Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Si Oui, cela vous arrive-t-il?

- 1 presque toutes les nuits (6 à 7 nuits par semaine)
- 2 souvent (4 ou 5 nuits par semaine)
- 3 parfois (2 ou 3 nuits par semaine)
- 4 rarement (1 nuit par semaine ou moins)

13. Faites-vous chambres séparées à cause des ronflements ?

Oui  Non

14. Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ?

Oui  Non

15. Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?

Oui  Non

16. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ?

Oui  Non

17. Transpirez-vous beaucoup en dormant ?

Oui  Non

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

Oui  Non

19. Au moment du coucher avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes qui vous gênent pour vous endormir ou vous obligent à vous lever ?

Oui  Non

20. Vous est-il arrivé de ne plus pouvoir bouger ni parler lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez, comme si vous étiez paralysé(e) ?

Oui  Non

21. Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ?

Oui  Non

22. Faites-vous régulièrement des cauchemars ?

Oui  Non

23. Etes-vous sujet à des accès de somnambulisme ou parlez-vous la nuit ?

Oui  Non

24. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent ? :

- en forme et « dispos »
- encore fatigué(e) ou endormi(e)
- autre, précisez : .....





33. Avez-vous déjà piqué du nez ou vous êtes vous déjà endormi en conduisant ?

Oui  Non

Si Oui, cela vous arrive-t-il?

- presque tous les jours (6 à 7 fois par semaine)
- souvent (3 à 4 fois par semaine)
- parfois (1 à 2 fois par semaine)
- rarement (1 à 2 fois par mois)
- jamais ou presque jamais

34. Avez-vous eu un accident automobile du fait de la somnolence ?

Oui  Non

Si oui, combien de fois ? .....

35. Avez-vous failli avoir un accident automobile du fait d'une somnolence ?  Oui  Non

(en conduisant sur la file opposée, sur le bas côté, ....) Si oui, combien de fois ? .....

36. Avez-vous eu un accident du travail du fait d'une somnolence ?

Oui  Non

Si oui, combien de fois ? .....

37. Avez-vous pris du poids récemment ?

Oui  Non

Si Oui, combien de kg .....en combien de temps ? .....

38. Quelle quantité de boissons alcoolisées buvez-vous en moyenne par jour ?

- Vin : ..... verres/jour
- Bière : ..... canettes/jour
- Apéritifs : ..... verres/jour
- Digestifs : ..... verres/jour

Nombre de verres par jour : ..... (1 verre de vin = une canette de bière = 1 apéritif = 1 digestif)

39. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?

Oui  Non

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? à ..... Ans

#### Pour les fumeurs

Combien fumez-vous en moyenne :

- de cigarettes par jour ? .....
- de cigares par jour ? .....
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? .....

#### Pour les ex-fumeurs

Si vous avez arrêté de fumer, précisez depuis quelle année : .....

Combien fumiez-vous en moyenne auparavant :

- de cigarettes par jour ? .....
- de cigares par jour ? .....
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? .....

**Paquets-années (le calcul sera fait par le médecin) :** .....

## ANTECEDENTS MEDICAUX - PATHOLOGIES ASSOCIEES

**Présentez-vous ou êtes vous traité(e) pour les pathologies suivantes :**

### METABOLIQUE

1. Hypercholestérolémie  Oui  Non  
2. Diabète  Oui  Non

### CARDIOVASCULAIRE

3. Hypertension artérielle  Oui  Non  
4. Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine  Oui  Non  
5. Antécédent d'accident vasculaire cérébral (congestion)  Oui  Non  
6. Fibrillation auriculaire  Oui  Non  
7. Insuffisance cardiaque  Oui  Non  
8. Artérite des membres inférieurs  Oui  Non

### NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

9. Syndrome des jambes sans repos  Oui  Non  
10. Dépression  Oui  Non  
11. Epilepsie  Oui  Non  
12. Fibromyalgie  Oui  Non

### PNEUMOLOGIE

13. Bronchite chronique  Oui  Non  
14. Asthme  Oui  Non

### ORL

15. Rhinite allergique  Oui  Non  
16. Obstruction nasale chronique  Oui  Non  
17. Antécédents chirurgie voile ou amygdale  Oui  Non

### ENDOCRINOLOGIE

18. Hypothyroïdie  Oui  Non  
19. Acromégalie  Oui  Non

## TRAITEMENTS EN COURS

*(Prise de médicaments : en règle générale, inscrire soit le nom du médicament ou le générique)*

- **Hypnotiques :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....
- **Antidépresseurs :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....
- **Anxiolytiques :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....
- **Traitement mouvements périodiques des jambes :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....
- **Insuline :**  Oui     Non
- **Antidiabétiques oraux :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....
- **Traitement antihypertenseur :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) : .....  
.....  
.....
  - A défaut, nombre de médicaments antihypertenseurs : .....
- **Traitement à visée thyroïdienne :**  Oui     Non
  - Si oui, lequel : .....
- **Traitement Hypocholestérolémiant :**  Oui     Non
  - Si oui, lequel : .....
- **Anti-agrégants plaquettaires :**  Oui     Non
  - Si oui, le ou lequel(s) :
    - Plavix (Clopidogrel)     oui     non
    - Kardégic     oui     non
    - Aspégic     oui     non
    - Brilique (Ticagrelor)     oui     non
    - Autre : .....
- **Anticoagulant :**  Oui     Non

**Autres traitements :**

# Questionnaire HAD

**Pour remplir ce questionnaire :** Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

## 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

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

## 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

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

## 3. 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. 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. Je me fais du souci :

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

## 6. Je suis de bonne humeur :

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

## 7. 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. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

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

## 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

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

## 10. 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 prête autant d'attention que par le passé  0

## 11. 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 du tout  0

## 12. 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. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

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

## 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

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

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A :

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D :

**Score total :**

**A + D =**