

Nom : _____ Date : _____
Âge : _____ Profession / travail : _____
Médecin de famille : _____ Médecin référant : _____
Médecin interprétant : _____

Les questions qui vous sont posées concernent votre santé et les troubles évocateurs de votre problème du sommeil et aident à interpréter votre test. Il est donc nécessaire que vous répondiez à **toutes** les questions, des pages 1 à 4 inclusivement, en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre état et en inscrivant le moment d'apparition du problème lorsque demandé.

MÉDICATION : Incrire tous les médicaments que vous prenez, même sans ordonnance

• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____

HABITUDES

Tabac : Fumez-vous présentement ou avez-vous déjà fumé durant plus de 10 ans? Oui Non

Alcool : Consommez-vous régulièrement de l'alcool (Vin, bière, autres) ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- Hypertension artérielle Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Angine / Infarctus Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Thrombose cérébrale Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Diabète Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Bronchite, emphysème, asthme Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Insuffisance rénale Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Chirurgie du nez Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Chirurgie de la gorge Oui Non Si oui, depuis combien d'années : _____
- Autres : _____

HYGIÈNE DU SOMMEIL

- Je travaille la nuit et dors le jour Oui Non
 - Je dors en moyenne _____ heures par nuit
 - Je mets habituellement _____ minutes avant de m'endormir
- Durant la nuit, je me réveille en moyenne _____ fois
- Au réveil, j'ai l'impression d'avoir mal dormi:
 Jamais ou presque Parfois Souvent Toujours ou presque
- Il m'arrive souvent de faire des siestes Oui Non

❑ RONFLEMENT

Je ne sais pas Jamais ou presque Parfois Souvent Toujours ou presque

Si vous ne ronflez pas ou si vous ne savez pas, passez à la section « APNÉE »

- Position dans laquelle vous ronflez le plus :

Sur le dos Dans n'importe quelle position Je ne sais pas

Votre ronflement dérange-t-il ceux qui dorment dans les autres pièces ? Oui Non

Faites-vous chambre à part à cause du ronflement ? Oui Non

❑ APNÉE

On m'a dit que j'arrêtais de respirer plusieurs secondes en dormant Oui Non

Vous arrive-t-il de vous réveiller en vous étouffant ? Oui Non

❑ NARCOLEPSIE

- Il m'est arrivé, à l'occasion, de me sentir incapable de bouger pendant quelques secondes au moment de m'endormir ou au réveil, comme si j'étais véritablement paralysé

Jamais 1 à 10 fois dans ma vie Plus de 10 fois dans ma vie

- Il m'est arrivé de ressentir une brève diminution de ma force musculaire (ou une paralysie temporaire) lors d'une émotion telle que le rire, la colère ou la surprise

Jamais 1 à 10 fois dans ma vie Plus de 10 fois dans ma vie

Si cela est déjà arrivé, cochez une ou plusieurs cases

Il m'est arrivé de chuter au sol dans une telle circonstance

Je dois éviter certaines situations pour ne pas être incommodé par de tels symptômes

- Il m'est arrivé de voir des objets, des animaux ou des personnages imaginaires; d'entendre des sons ou des voix au moment de m'endormir (alors que j'étais encore éveillé).

Jamais 1 à 10 fois dans ma vie Plus de 10 fois dans ma vie

❑ SOMNOLENCE

- Vous arrive-t-il d'être incommodé(e) par de la somnolence dans la journée ? Oui Non

- Je me suis véritablement endormie dans les situations suivantes :

Au volant Oui Non

À table Oui Non

- Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant très léger et 10 très sévère) j'évalue mon problème de somnolence (encercler votre choix) :

Léger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sévère

• **Échelle de somnolence d'Epworth**

Quel risque avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e) ? Ces questions s'appliquent à vos habitudes de vie actuelle, dans des conditions habituelles. Si vous n'avez pas effectué récemment certaines activités, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi. Utilisez l'échelle ci-dessous en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

- 0 : Aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 1 : Faible risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 2 : Risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir
- 3 : Risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

Situations :

Scores (0-1-2 ou 3)

Lire en position assise	_____
Regarder la télévision	_____
Être assis inactif dans un lieu public (cinéma, réunion, par exemple)	_____
Être passager dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	_____
Être étendu l'après midi lorsque les circonstances le permettent	_____
Être assis et parler avec quelqu'un	_____
Être assis tranquille après un repas sans boisson alcoolique	_____
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	_____
TOTAL	_____

□ **IMPATIENCE DES JAMBES**

- Je ressens souvent le besoin impératif de bouger les jambes (à cause de fourmillements, élancements, picotements, etc.) lorsque je reste immobile. Oui Non

○ **Si oui**, ces sensations sont **pires** :

- Le matin l'après-midi En soirée Au coucher Aucune différence

○ Ces sensations sont **soulagées** :

- Par le repos (assis ou couché) Par la marche Par l'exercice
- Par la chaleur Par le froid Rien ne les soulage

○ Ces sensations sont **aggravées** :

- Par le repos (assis ou couché) Par la marche Par l'exercice
- Par la chaleur Par le froid Rien ne les aggrave

- Vous a-t-on fait remarquer que vous bougiez souvent les jambes pendant votre sommeil ? Oui Non

❑ **SYMPTÔMES DIVERS**

- Souffrez-vous régulièrement de :

Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête au réveil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nez bouché	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fatigue excessive (non de la somnolence)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de concentration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque de libido	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

❑ **MENSURATION**

Tailles : _____ pi _____ po ou _____ cm Poids : _____ lbs ou _____ kg

Gain de poids depuis 5 ans : _____ lbs ou _____ kg Circonférence du cou : _____ po ou _____ cm

❑ **COMMENTAIRES**

- Si le traitement de votre problème de sommeil requiert le port d'un masque nasal la nuit, seriez-vous prêt à l'accepter ?
 - Pour soulager votre ronflement oui Non
 - Pour guérir votre somnolence oui Non
 - Pour guérir les complications en rapport avec les arrêts respiratoires et le manque d'oxygène la nuit oui Non