



Avant de remplir ce questionnaire et de nous le renvoyer par mail à l'adresse suivante : [contact@ellipse-sommeil.org](mailto:contact@ellipse-sommeil.org) ou par voie postale : 9 chemin des quatre journaux, 25770 FRANOIS, merci de cocher la case ci-dessous :

- En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre dans la demande d'examen et qu'elles soient transmises au prescripteur suivant mon dossier.

Si non vos résultats ne vous seront pas transmis ni examinés.

Date : ..... / ..... / .....

## Questionnaire « Troubles du sommeil »

NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe :  H  F Date de naissance : ..... AGE : ..... ans

Médecin traitant : .....

Quelle est la raison principale pour laquelle vous consultez aujourd'hui ?

.....

Situation familiale :  marié(e) ou en couple  divorcé(e), séparé(e)  veuf/veuve  célibataire

Nombre d'enfants : ..... Age .....

Profession : .....

Taille : ..... cm et Poids : ..... Kg

### TRAITEMENT EN COURS :

.....

.....

### HABITUDES DE VIE :

**Tabac :**  actuel  arrêté  jamais fumer

Si vous avez arrêté de fumer ou si vous fumez actuellement :

Age de début : ..... Ans Durée : ..... Ans nombre de cigarettes/jours : .....

### **Alcool :**

Consommation quotidienne moyenne des 6 derniers mois en unité : ..... Unités par jour

(1 unité = 1 verre de vin = 1 apéritif = 1 digestif = 1 bière ; par ex : 1 apéritif+ 2 verres de vin = 3 unités)

### **Activité physique :**

Aucune faible (< 1 fois/semaine)  modérée (1 à 3 fois/sem)  importante (presque tous les jours)

### **Consommation de caféine** (café, thé, coca, boissons « énergétiques »)

Aucune faible (1 à 2 fois/j)  modérée (3-4 fois/j)  importante (>4 fois/j)

Heure de prise du dernier café ou thé : .....

### **Horaire de travail :** .....

Réguliers  irréguliers  horaires postées  travail de nuit

### ANTECEDENTS PERSONNELS : souffrez-vous (ou avez-vous souffert) des maladies suivantes ?

#### **Maladies cardiovasculaires :**

Hypertension  artérielle  Infarctus du myocarde  angine de poitrine  accident vasculaire cérébral

#### **Troubles métaboliques**

Diabète  hypercholestérolémie  hypertriglycéridémie

**Maladies respiratoires :**

Asthme  bronchite chronique  autre .....

**Maladies neurologiques ou psychiatriques :**

Dépression  trouble bipolaire  épilepsie  autre .....

**Autres :**

Insuffisante rénale  chirurgie du nez ou de la gorge  reflux gastro-oesophagien  glaucome

Allergies à : .....

Autre : .....

ANTECEDENTS FAMILIAUX : dans votre famille proche, quelqu'un souffre-t-il ou a-t-il souffert des maladies suivantes ? (Précisez le lien de parenté)

Ronflements .....

Apnées du sommeil .....

Hypertension artérielle .....

Infarctus du myocarde .....

Accident vasculaire cérébral .....

Obésité ou surpoids .....

Diabète .....

Hypercholestérolémie/hypertriglycéridémie .....

Narcolepsie .....

Impatiences (syndrome des jambes sans repos) .....

Autres .....

Les questions suivantes concernent ce que vous ressentez le jour :

### ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué dans les situations suivantes :

0 = ne somnolerait jamais	1 = faible chance de s'endormir	2 = chance moyenne de s'endormir	3 = forte chance de s'endormir
---------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après-midi pour se reposer lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Assis en train de parler à quelqu'un	0 1 2 3
Assis calmement après un repas sans alcool	0 1 2 3
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0 1 2 3

SCORE :

### ECHELLE DE FATIGUE DE PICHOT

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour :

0 = pas du tout	1 = un petit peu	2 = moyennement	3 = beaucoup	4 = extrêmement
-----------------	------------------	-----------------	--------------	-----------------

Je manque d'énergie	0 1 2 3
Tout demande effort	0 1 2 3
Je me sens faible à certains endroits du corps	0 1 2 3
J'ai les bras ou les jambes lourdes	0 1 2 3
Je me sens fatigué sans raison	0 1 2 3
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0 1 2 3
J'ai du mal à me concentrer	0 1 2 3
Je me sens fatigué, lourd, raide	0 1 2 3

SCORE :

### ECHELLE DE DEPRESSION

Entourez la proposition qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour :

J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête	Vrai	Faux
Je suis sans énergie	Vrai	Faux
J'aime moins qu'avant faire des choses qui me plaisent ou m'intéressent	Vrai	Faux
Je suis déçu et dégoûté par moi-même	Vrai	Faux
Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire	Vrai	Faux
En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens	Vrai	Faux
J'ai le cafard	Vrai	Faux
Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit	Vrai	Faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	Vrai	Faux
Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume	Vrai	Faux
En ce moment, je suis triste	Vrai	Faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	Vrai	Faux
En ce moment, ma vie semble vide	Vrai	Faux

Concernant la conduite automobile :

Avez-vous déjà ressenti de la somnolence alors que vous conduisez ?

Jamais  rarement  parfois  souvent  très souvent

Vous êtes déjà arrêté pour dormir car vous vous sentiez somnolent(e) alors que vous conduisiez ?

Jamais  rarement  parfois  souvent  très souvent

Vous êtes-vous déjà endormi alors que vous conduisiez ?

Jamais  rarement  parfois  souvent  très souvent

Avez-vous déjà eu un accident ou évité de justesse un accident de voiture à cause de la somnolence ou de problèmes d'attention ?  oui  non

Avez-vous l'impression, ou vous a-t-on fait remarquer que votre humeur a changé récemment ou que vous êtes devenu plus irritable ?  oui  non

Avez-vous des difficultés de concentration ou des difficultés pour fixer votre attention ?

Oui  non

\* si oui, cela arrive-t-il :  un peu  modérément  beaucoup

Avez-vous des pertes de mémoires ?

Oui  non

\* si oui, cela arrive-t-il :  un peu  modérément  beaucoup

Vous arrive-t-il de sentir une faiblesse dans une ou plusieurs parties de votre corps (ex : déroboement des genoux) lors d'émotions intenses (rire, pleurs, colère, etc.) ?

Oui  non

Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête ?  oui  non

\* si oui, cela arrive-t-il principalement, le matin au réveil : oui non

\* si oui, cela arrive-t-il :  rarement  souvent  presque tous les matins

Votre désir sexuel a-t-il diminué :  oui  non  ne me concerne pas

\* si oui depuis combien de temps : ..... Années

Vos capacités sexuelles ont-elles diminuées ?  oui  non  ne me concerne pas

\* si oui depuis combien de temps : ..... Années

Les questions suivantes concernent ce que vous ressentez le soir et la nuit :

Globalement, votre sommeil est :

Très mauvais    mauvais    bon    très bon

Combien d'heures dormez-vous en moyenne ?

En période d'activité professionnelle ou scolaire : .....

En période congé : .....

Avez-vous un sommeil réparateur ?

Oui    non

Rarement    souvent    presque tous les jours

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

Oui    non    Je ne sais pas

\* si oui depuis combien de temps : ..... ans

\* cela arrive-t-il :  rarement    souvent    presque tous les jours

Dans n'importe quelle position    uniquement sur le dos    je ne sais pas

Si vous avez consommé de l'alcool ?    si vous avez le nez bouché ?    autre circonstance

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

Oui    non    ne s'applique pas

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

Oui    non    ne s'applique pas

\* si oui cela arrive-t-il :  rarement    souvent    presque toutes les nuits

Vous est-il arrivé de vous réveiller brutalement avec la sensation de suffoquer ?

Oui    non    ne s'applique pas

\* si oui cela arrive-t-il :  rarement    souvent    presque toutes les nuits

Avez-vous habituellement un sommeil agité ?

Oui    non    Je ne sais pas

Vous relevez vous la nuit pour uriner ?

Oui    non

\* si oui, combien de fois par nuit : .....

Vous arrive-t-il d'avoir des hallucinations visuelles ou auditives (voir des images ou entendre des voix) à l'endormissement ou au réveil ?

Oui    non

Vous arrive-t-il de vous réveiller avec l'impression d'être incapable de bouger ?

Oui    non

Vous arrive-t-il de grincer des dents la nuit ?  oui    non    je ne sais pas

Êtes-vous somnambule ?  oui  non  je ne sais pas

Vous a-t-on fait remarquer que vous bougiez pendant votre sommeil ?

Oui  non  Je ne sais pas

\* cela arrive-t-il :  rarement  souvent  presque tous les jours

Ressentez-vous des sensations de brûlures, de picotements, de fourmillements et même de douleur dans les jambes accompagnées par un besoin impérieux de les bouger ?

Oui  non  Je ne sais pas

Ces symptômes surviennent-ils seulement ou principalement au repos et s'améliorent-ils avec les mouvements ?

Oui  non  Je ne sais pas

Ces symptômes sont-ils plus intenses le soir ou la nuit que le matin ?

Oui  non  Je ne sais pas

**AUTRES INFORMATIONS QUI VOUS PARAISSENT IMPORTANTES A NOUS COMMUNIQUER ?**

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