

QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

Date du questionnaire :

Votre docteur :

Adresse :

NOM : Prénom.....

Nom de naissance :

Né(e) le : à.....

Adresse.....

Tél. Dom. : Tél. Prof.....

Profession :

Vit seul

en couple

Nbre d'enfants :

SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

OUI

Avez-vous une Insomnie ?

Si oui, c'est une insomnie plutôt :

- d'endormissement.....

- de milieu de nuit.....

- de fin de nuit.....

- Sensation de ne pas dormir.....

Somnolence excessive ou accès d'endormissement

- Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?

- Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée ?.....

- Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) de la circulation ou de travail
lié(s) à la somnolence ?

Si oui, combien ?.....

Si vous avez un sommeil décalé, est-il :

- Spontané.....

- Lié à un rythme imposé (3x8, travail de nuit...).....

Avez-vous d'autres troubles ?

- Somnambulisme.....

- Terreur nocturne.....

- Rêve d'angoisse vous avez le souvenir d'une rêve angoissante)

- Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil).....

- Crise d'épilepsie au cours du sommeil.....

- Autres : précisez.....

Mes troubles de sommeil ont débuté en ____ / ____ / ____ **(jj/mm/aa)**

Si vos troubles sont de très longue durée, précisez simplement le mois et/ ou l'année de début

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES DU SOMMEIL

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant **le chiffre le plus approprié** pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir**
- 1 = faible chance de s'endormir**
- 2 = chance moyenne de s'endormir**
- 3 = forte chance de s'endormir**

Situation	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 lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

TOTAL :

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

Précisez la perception de vos symptômes en vous situant sur une échelle d'évaluation.

Mettez une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

Exemple : La position de la croix sur le trait horizontal montre que la personne se sent beaucoup plus mal que bien.

Je me sens bien

Je ne me sens pas
du tout bien

Merci de préciser comment vous vous sentez pour les échelles suivantes :

- Intensité des troubles motivants la Consultation :

Ces troubles ne me
gênent pas du toutCes troubles me
gênent beaucoup

- Qualité du Sommeil :

Mon sommeil est
mauvaisMon sommeil est
excellent

- Qualité de l'éveil pendant la Journée :

Je suis somnolent(e)
dans la journéeJe suis bien
éveillé(e) dans la
journée

SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE**OUI**

- Ronflez-vous et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ?.....
- Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ?
- Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?.....*
- Avez-vous mal à la tête au réveil ?
- Avez-vous des troubles de la sexualité ? (*libido*)
- Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (*nycturie*)
- Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?.....*
- Bougez-vous beaucoup en dormant ?.....*
- Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir ? (*impatience des membres inférieures*).....
- Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ? (*secousses répétées*).....
- Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? (*paralysie*).....
- Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroitness ou à des chutes ?*
- Si oui, est-ce provoqué par une émotion ? (*cataplexie*).....
- Avez-vous des reflux gastro-oesophagien ? (*RGO*)
- Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?
- Fâtes-vous régulièrement des cauchemars ?.....*
- 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) ?.....*

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

- Avez-vous un traitement antidépresseur ou avez-vous connu une période dépressive ?

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes en faisant référence à votre état ces derniers jours.

Oui

- 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
- Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume
- J'ai le cafard
- En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens

SCORE :

Etes vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?

Répondez le plus spontanément possible aux questions qui suivent.
Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

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

SCORE :

VOS HABITUDES

OUI

- | | |
|---|-----------------------|
| Êtes vous fumeur ? | <input type="radio"/> |
| Si oui, nombre de cigarettes par jour :..... | <input type="radio"/> |
| Buvez-vous du café ? | <input type="radio"/> |
| Si oui, nombre de tasses par jour :..... | <input type="radio"/> |
| Buvez-vous du thé ? | <input type="radio"/> |
| Si oui, nombre de bols par jour :..... | <input type="radio"/> |
| Buvez-vous du vin ou de l'alcool ? | <input type="radio"/> |
| Si oui, nombre de verres par jour :..... | <input type="radio"/> |
| Consommez-vous de la drogue ? | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> cannabis et dérivés <input type="radio"/> héroïne <input type="radio"/> cocaïne <input type="radio"/> autres :..... | |
| Pratiquez-vous une activité sportive ? | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> occasionnel <input type="radio"/> régulier <input type="radio"/> intensif | |
| Rencontrez-vous des nuisances nocturnes ?.....
(voisins bruyants, réveils intempestifs des enfants...) | <input type="radio"/> |
| Poids :kg ; Taille : cm | |
| Avez-vous pris du poids récemment ?..... | <input type="radio"/> |
| Si oui, en combien de temps ?.....mois, nombre de kilos pris : | |

FACTEURS FAVORISANTS DES TROUBLES DE SOMMEIL**OUI**

Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?.....

Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?..... ➤ **Les facteurs favorisants :**Une saison particulière - si oui, laquelle Des troubles de l'humeur (dépression, irritation, euphorie, excitation) En rapport avec les cycles menstruels (pour les femmes) Des soucis Autre cause favorisante : **HABITUDES DE SOMMEIL**

Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ? entre et.....

Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ? entre et.....

➤ Une fois couché, généralement vous : **OUI**- éteignez de suite..... - lisez au lit..... - regardez la télévision.....

- autre :.....

➤ Il vous faut combien de temps pour vous endormir ?minutes

➤ Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils :.....

➤ Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :.....

➤ Vers quelle heure vous couchez-vous en Week-end et en vacances ?

Entre :.....h..... et.....h.....

➤ Vers quelle heure vous levez-vous en Week-end et en vacances :

Entre :.....h..... et.....h.....

➤ Au réveil **OUI**Votre réveil est-il spontané ?.....

Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?.....

- en forme et dispo..... - encore fatigué et endormi..... - mal à la tête.....

- autre :.....

➤ Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?

ÉTAT DE SANTE

OUI

- Êtes-vous hypertendu ou avez-vous un traitement contre l'hypertension ?
- Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez :
- Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez :
- Avez-vous des troubles neurologiques ou psychiatriques ? Précisez :
- Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez :
- Êtes-vous ménopausée (pour les femmes) ?.....
- Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez :

TRAITEMENT ACTUEL

Si vous prenez des médicaments, précisez les noms et les doses :

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



FICHE DE CONSENTEMENT

(A remettre à mon médecin)

Le Réseau Morphée a pour but :

- ⇒ de mener des actions d'informations et d'éducation afin de prévenir les troubles du sommeil
- ⇒ d'améliorer la qualité des soins en assurant une meilleure coordination des professionnels de santé
- ⇒ de former les professionnels de santé aux pathologies du sommeil.

Pour mieux bénéficier des avantages du réseau, il m'est nécessaire autant que possible :

- de recourir à mon médecin traitant pour le traitement de mes troubles du sommeil,
- de remplir les questionnaires mis à ma disposition afin d'évaluer au mieux ma pathologie et de définir au plus juste mon traitement,
- de respecter les recommandations des professionnels de santé pour une bonne mise en place des soins.

Avant de prendre ma décision :

- ▲ J'ai pris connaissance de la brochure d'information « un réseau de santé pour une meilleure prise en charge des troubles du sommeil »
- ▲ Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer au réseau pour la prise en charge de mes troubles, sans aucune incidence sur les relations et la prise en charge par mon médecin.
- ▲ En cas de prise en charge médicale, j'autorise mon médecin traitant à tenir un dossier médical informatisé et sécurisé qui sera partagé entre les différents soignants que j'aurai consultés dans le cadre de mes troubles du sommeil (procédure réglementée dans la cadre de la loi informatique, déclaration à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté)).

Si je le désire, je pourrai à tout moment arrêter ma participation au réseau après avoir informé mon médecin traitant qui tiendra informé le médecin coordonnateur du Réseau Morphée.

Utilisation des données médicales

Le traitement des données est **anonyme** et respecte le **secret médical**. L'utilisation des données est strictement limitée à l'amélioration de la prise en charge, à l'évaluation de la qualité du réseau et aux recherches épidémiologiques.

Nom et signature du patient

Fait à :

Le :

2 grande Rue - 92380 GARCHES

contact@reseau-moprhee.org - www.reseau-morphee.org

FICHE D'INFORMATION

Si vous souhaitez être tenu informé des conférences et des actions grand public que le réseau met en place ou si vous souhaitez participer à l'évaluation du réseau (envoi une fois par an d'un questionnaire de satisfaction), merci de bien vouloir nous retourner cette fiche.

Je souhaite :

- être tenu informé des actions d'information et d'éducation sur le sommeil
- participer à l'évaluation du Réseau Morphée

Mme – Melle – M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél :

Email :

A retourner

Réseau Morphée
2 grande Rue
92380 GARCHES

2 grande Rue - 92380 GARCHES

contact@reseau-moprhee.org - www.reseau-morphee.org