

## QUESTIONNAIRE SOMMEIL

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Date de naissance : ..... Sexe : .....

Taille : ..... Poids : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

### I - ETAT CIVIL

En couple OUI  NON

Enfants / parents à charge OUI  NON

### II - PROFESSION : .....

Activité professionnelle actuelle OUI  NON

Travail posté OUI  NON

Conjoint en travail posté : OUI  NON

Arrêt maladie OUI  depuis : ..... NON

Activités extra professionnelles OUI  NON

Si oui lesquelles : .....

### III - SOMMEIL (Merci de remplir l'agenda. C'est obligatoire !)

Heure du coucher habituelle : ..... Heure d'endormissement habituelle : .....

Heure de lever habituelle : .....

Vous estimez dormir combien d'heures par nuit : .....

A votre avis vous avez besoin de combien d'heures de sommeil :

6 heures ou moins  7h à 8h  + de 9 heures

Avez-vous des difficultés à vous endormir ? OUI  NON

Vous réveillez vous souvent pendant la nuit ? OUI  NON

Êtes-vous en forme le matin au lever ? OUI  NON

Vous plaignez vous d'insomnie ou de mauvais sommeil ? OUI  NON

Vous faites une sieste régulièrement ? OUI  NON

Vous sentez vous somnolant la journée ? OUI  NON

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes ?

(Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer quelles seraient vos chances de vous endormir)

Entourez 0 : si c'est exclu. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance,  
 Entourez 1 : si ce n'est pas impossible. «Il y a un petit risque»: faible chance,  
 Entourez 2 : si c'est probable. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance moyenne,  
 Entourez 3 : si c'est systématique. «Je somnoler à chaque fois» : forte chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un livre, le journal 0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)
- Passager d'une voiture ou d'un train, bus, avion, métro depuis au moins une heure 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
- Assis au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage 0 1 2 3

TOTAL =

Est-ce que vous ronflez ? OUI  NON

Est-ce que vous devez vous lever la nuit pour uriner ? OUI  NON

Avez-vous des problèmes de tension artérielle ? OUI  NON

Transpirez-vous beaucoup la nuit ? OUI  NON

Éprouvez-vous des sensations désagréables dans les jambes (ou les bras) vous empêchant de dormir ?  
 OUI  NON

Votre sommeil est-il agité ? OUI  NON

Est-ce que vous criez la nuit ? OUI  NON

Est ce que vous faites des cauchemars ? OUI  NON

Vous arrive-t-il de sortir du lit...) pendant votre sommeil ? OUI  NON

**IV – DIVERS**

Activités sportives OUI  NON

Si oui lesquelles et horaires : .....

Prises de stimulants (entourer): Café Thé Chocolat Alcool Tabac Cannabis

Prises de médicaments OUI  NON

Si oui lesquels : .....

**V. AUTONOMIE**

Savez-vous aller **seul** du lit au toilette OUI  NON  chaise percée

Vous déplacez –vous :  seul(e)  avec une canne  avec déambulateur

Faites-vous votre toilette :  seul(e)  avec aide partielle  avec aide complète