Insomnies

Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir ?

- ☐ Difficultés d'endormissement,
- ☐ Éveils nocturnes,
- ☐ Réveil matinal précoce,
- ☐ Impression de ne pas dormir.

Q 2. Est-ce-que cette insomnie à des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

- ☐ Vous êtes plus facilement irritable,
- ☐ Vous vous réveillez fatigué le matin,
- ☐ Vous êtes somnolent* en journée. *(Remplir l'échelle de somnolence d'Epworth)*
- ☐ Vous avez des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration.
- ☐ Autre(s), précisez :

Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?

- ☐ Quelques nuits : insomnie occasionnelle,
- ☐ Quelques semaines : insomnie transitoire,
- ☐ Plusieurs mois ou année : insomnie chronique.

Q 4. Avez-vous un rythme de vie, de travail décalé ?

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

- ☐ Sommeil décalé spontanément,
- ☐ Travail de nuit,
- ☐ Horaires de travail irréguliers : 3x8, 2x8.
- ☐ Voyages transméridiens fréquents.
- ☐ Autres :

Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie ? (Qu'ils soient positifs ou négatifs)

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

- ☐ Stress, Difficultés professionnelles,
- ☐ Deuil,
- ☐ Conflit conjugal, familial,
- ☐ Naissance,
- ☐ Déménagement.
- ☐ Promotion professionnelle
- ☐ Autre(s), précisez :

Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'angoisse qui envahissent votre quotidien ?

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

Q 7. Avez-vous constaté ou vous a-t-on rapporté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

- ☐ Ronflement, respiration bruyante nocturne,
- ☐ Pauses respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint,
- ☐ Maux de tête au réveil,
- ☐ Sensations d'impatiences, d'agacement dans les jambes au coucher,
- ☐ Mouvements des jambes pendant la nuit.
- ☐ Autres :

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.

Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de santé ?

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

- ☐ Pathologie cardiaque (notamment HTA), respiratoire,
- ☐ Problèmes thyroïdiens,
- ☐ Troubles neurologiques, psychiatriques,
- ☐ Ménopause,
- ☐ Des douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir,
- ☐ Un reflux gastro-œsophagien,
- ☐ Une autre maladie :

Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels et/ou susceptibles de favoriser une insomnie ?)

☐ **Oui**, précisez : ☐ **Non**

Q 10. Consommez-vous de façon régulière des excitants : tabac, alcool, café, thé, des drogues ?

- ☐ Tabac (nombre de cigarettes par jour) :
- ☐ Alcool, vin (nombre de verres par jour) :
- ☐ Café, (nombre de tasses par jour) :
- ☐ Thé, (nombre de tasses par jour) :
- ☐ Drogues (Précisez) :

Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

- ☐ Heure de coucher : en semaine _____h_____, en vacances et week-end _____h_____,
- ☐ Heure de lever : en semaine _____h_____, en vacances et week-end _____h_____,
- ☐ Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? _____ h
- ☐ L'heure moyenne du diner ? _____ h
- ☐ **Êtes-vous :**

Couche-tôt/lève-tôt, couche-tard/lève-tard, indifférent,

- ☐ **Une fois couché, il vous arrive de** :

Lire /écouter de la musique, Regarder la télé ou le téléphone, Travailler, Manger dans votre lit.

Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous déjà entrepris quelque chose par vous-même ?