Formulaire à remplir avant la première consultation

Préalablement à votre consultation :
Le questionnaire du sommeil mis en place est un système d'aide pour l'orientation diagnostique des personnes adultes souffrant de troubles du sommeil. Il a été élaboré pour aider le médecin à trouver l'orientation médicale la plus adaptée à votre cas. Merci de remplir le formulaire de demande d'orientation et nous l'adresser par mail.
L'ensemble du questionnaire fait référence à des troubles qui vous gênent et qui sont fréquents.

NB : Répondez « non » si le symptôme ne vous arrive que très occasionnellement. Les champs marqués d'un astérisque * sont obligatoires.

Nom* :
Prénom* :
Sexe* : ☐ Femme ☐ Homme
Né(e) * le :
Poids* :
Taille* :
Téléphone* :
@email* :
Profession* :
Situation familiale* :
Nombre d'enfants au foyer :

Coordonnées de votre médecin traitant :
Nom, Prénom* : Dr
Téléphone* :

Comment avez-vous connu le Dr Réda HASSAÏNE ?
☐ Par son site internet
☐ Par les réseaux sociaux
☐ Par votre entourage
☐ Par un médecin
☐ Autre, merci de préciser :

Le motif principal de votre consultation* :

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation de **1** à **5**.

1 *= mauvais*	***2*** *= un peu*	***3*** *= moyen*	***4*** *= bon*	***5*** *= excellent*

- **Qualité du sommeil*** :
- **Qualité de l'éveil pendant la journée*** :

Quand vos troubles du sommeil ont-ils débuté ? Le :
Y'a-t-il un facteur déclenchant *(deuil, séparation, maladie, changement professionnel, etc.)* ? :

Y'a-t-il un facteur entretenant *(stress, douleurs …)* ? :

Vos troubles apparaissent-ils par périodes ? * Oui / Non
Vos troubles sont-ils réguliers* (plus de 3 mois et plus de 3 fois par sem.) ? Oui / Non
Avez-vous* :
Des difficultés d'endormissement ? Oui / Non
Des réveils en milieu de nuit ? Oui / Non
Des réveils en fin de nuit (réveils précoces) ? Oui / Non
La sensation de ne pas dormir ? Oui / Non

Échelle de somnolence (Epworth) * : *Mettez le chiffre le plus approprié pour chaque situation*

0 aucune chance de s'endormir	**1** faible chance de s'endormir	**2** chance moyenne de s'endormir	**3** forte chance de s'endormir

1. Assis en train de lire (ou faire une tâche qui nécessite de l'attention) :
2. En train de regarder la TV (ou un écran) :
3. Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, réunion…) :
4. Dans un véhicule (voiture, bus, train) en mouvement (en tant que passager) :
5. En tant que conducteur, dans une voiture arrêtée (dans les bouchons) depuis quelques minutes :
6. Assis au calme après un déjeuner sans alcool :
7. Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent :
8. Étant assis en parlant avec quelqu'un :

Échelle de fatigue (Pichot)* : *Mettez le chiffre le plus approprié pour chaque situation*

0 : Pas du tout	**1** : Un peu	**2** : Moyennement	**3** : Beaucoup	**4** : Extrêmement

1. Je manque d'énergie :
2. Tout me demande un effort :
3. Je me sens faible à certains endroits du corps :
4. J'ai les bras ou les jambes lourdes :
5. Je me sens fatigué(e) sans raison :
6. J'ai envie de m'allonger pour me reposer :
7. J'ai du mal à me concentrer :
8. Je me sens fatigué(e), lourd et raide :

Les horaires et habitudes de sommeil :

1. En semaine*
- A quelle heure vous couchez-vous ? :
- A quelle heure vous levez-vous ? :

2. En week-end et période de repos* (vacances, jours fériés…)
- A quelle heure vous couchez-vous ? :
- A quelle heure vous levez-vous ? :

En moyenne, combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? :
Si vous vous réveillez au cours de la nuit, quelle est la durée moyenne de ces réveils ? :
En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous durant la nuit ? :
En moyenne, combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :

En moyenne, combien de temps s'écoule entre le moment où vous vous couchez et le moment où vous cherchez à vous endormir *(extinction des lumières)* ? :
Avez-vous des horaires de sommeil décalés ? Oui / Non *(rayez la mention inutile)*
Avez-vous tendance à dormir naturellement le matin et en début d'après-midi, plutôt que pendant la nuit ? Oui / Non *(rayez la mention inutile)*
Avez-vous d'autres troubles : Somnambulisme / cauchemars / rêves pénibles *(rayez la mention inutile)* Autres, précisez :

Les habitudes de vie* :

Êtes-vous fumeur (y-compris cigarette électronique) ? Non / Oui. Si oui combien ? :
Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes ? Non / Oui (café, thé, cola, Red Bull…). Si oui, quoi et combien ? :
Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ? Non / Oui (bière, vin, apéritifs, …). Si oui, quoi et combien ? :
Consommez-vous de la drogue ? Non / Oui
Pratiquez-vous régulièrement une activité physique ? Non / Oui. Si oui :

- Laquelle ? :
- Quelle durée par séance ? :
- Combien de fois par semaine ? :

Avez-vous pris du poids récemment ? Non / Oui, si Oui combien de Kg ? :
Sortez-vous le soir (réunion, soirée, cinéma…) plus de 3 fois /semaine ? Non / Oui.
Votre réveil est-il, spontané ou provoqué *(rayez la mention inutile)* ?
Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ? En forme ou fatigué *(rayez la mention inutile)* ?

État de santé* *(rayez la mention inutile)*

- Avez-vous de l'hypertension ? Oui / Non
- Avez-vous des troubles cardiaques ? Oui / Non
- Avez-vous du diabète ? Oui / Non
- Avez-vous des troubles respiratoires ? Oui / Non
- Avez-vous des troubles neurologiques ? Oui / Non
- Avez-vous des troubles psychiatriques (en dehors de la dépression) ? Oui / Non
- Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Oui / Non
- Êtes-vous ménopausée (pour les femmes) ? Oui / Non
- Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Oui / Non (si oui précisez) :

Antécédents familiaux* *(rayez la mention inutile)* :

- Insomnie ? / Non / Oui (si oui précisez lequel) :
- Dépression ? Non / Oui (si oui précisez lequel) :
- Syndrome d'apnées du sommeil ? Non / Oui (si oui précisez lequel) :
- Syndrome des jambes sans repos ? Non / Oui (si oui précisez lequel) :
- Autres, (merci de préciser) :

Les symptômes physiques et psychologiques *(rayez la mention inutile)* :

1. **Signes nocturnes*** *(signalés par le patient ou son entourage pendant la nuit) :*

- Je ronfle (La nuit, j'ai une respiration bruyante)
- Je fais des pauses respiratoires la nuit (signalées par mon entourage)
- En dormant, j'ai parfois l'impression d'étouffer
- Je dors beaucoup
- En dormant, je bouge beaucoup (mon partenaire se plaint de mes coups de pieds)
- Je ne dors pas assez
- La nuit, j'ai des régurgitations acides dans le fond de la gorge
- La nuit, je tousse régulièrement
- Je transpire beaucoup la nuit

- Nycturie (Je me lève au moins 2 fois la nuit pour uriner)
- J'ai régulièrement des douleurs qui me réveillent (ou qui m'empêche de dormir)
- J'ai des sensations désagréables dans les jambes le soir au repos +/- soulagées par des mouvements
- J'ai des hallucinations (visuelles, auditives et/ou olfactives) à l'endormissement ou au réveil
- Autres :

2. **Signes diurnes (pendant la journée)** * **:** *(rayez la mention inutile)*

- Fatigue au réveil
- Fatigue dans la journée
- Somnolence (je pique du nez dans la journée)
- J'ai des maux de tête au réveil
- Troubles de la mémoire et/ou de la concentration
- Réveils très tôt le matin
- J'ai plusieurs alarmes matinales pour être sûr de me réveiller
- Trouble de l'humeur, irritabilité, dépression…
- Baisse de la libido / trouble de la sexualité
- J'ai une perte de tonus musculaire en cas d'éclat de rire ou de colère
- Parfois, j'ai l'impression d'être « paralysé » au réveil ou à l'endormissement
- Autres :

- Êtes-vous anxieux ? Oui / Non
- *Niveau de stress : mettez un chiffre de **1** (mon anxiété est faible) à **5** (mon anxiété est extrême) :*
- Avez-vous connu une période dépressive ? Oui / Non *(rayez la mention inutile)*
- Êtes-vous toujours suivi pour une dépression ? Oui / Non *(rayez la mention inutile)*

Traitement(s) médicamenteux actuel(s) * :

Merci de préciser vos attentes (par rapport à votre consultation) :

Si ce questionnaire ne correspond pas précisément à votre situation, merci d'apporter des précisions complémentaires (commentaires libres) :

Je comprends que le formulaire ne remplace pas une consultation médicale et ne constitue donc pas un diagnostic définitif.

Date : signature :