QUESTIONNAIRE SOMMEIL

À remplir en salle d'attente et à remettre au médecin. Cochez la case qui vous correspond.

Nom, prénom : ..... **Né(e) le :** ___ / ___ / _____ **Date :** ___ / ___ / _____

1. VOUS ET VOTRE SANTÉ

Qui vous a adressé ?	
Spécialistes qui vous suivent	
Profession	
Activité physique (type, fois / semaine)	
Traitements en cours	

Apnée du sommeil dans la famille ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

2. AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU…

Cœur, tension, diabète, cholestérol	☐ Oui ☐ Non	Hypothyroïdie	☐ Oui ☐ Non
Reflux, brûlures d'estomac	☐ Oui ☐ Non	Glaucome	☐ Oui ☐ Non
Asthme, bronchite chronique (BPCO)	☐ Oui ☐ Non	Dépression	☐ Oui ☐ Non
Nez / gorge : sinusites, rhumes fréquents, cloison déviée, amygdales	☐ Oui ☐ Non	Allergies	☐ Oui ☐ Non
Appareil dentaire (orthodontie)	☐ Oui ☐ Non	Tabac (..... / jour)	☐ Oui ☐ Non

3. DANS LA JOURNÉE

Essoufflement	☐ Oui ☐ Non	Maux de tête	☐ Oui ☐ Non
Fatigué(e) au réveil, sommeil pas réparateur	☐ Oui ☐ Non	Difficultés à vous concentrer	☐ Oui ☐ Non
Envie de dormir dans la journée	☐ Oui ☐ Non	Irritabilité	☐ Oui ☐ Non
Sieste	☐ Oui ☐ Non	Vous vous endormez en voiture	☐ Oui ☐ Non
		Vous vous endormez devant la TV	☐ Oui ☐ Non

4. LA NUIT

Coucher : .....h..... **Lever :** .....h..... **Durée moyenne de sommeil :** ..... h

Endormissement en moins de 30 min	☐ Oui ☐ Non	Réveils dans la nuit	☐ Oui ☐ Non
Vous ronflez	☐ Oui ☐ Non	Levers la nuit pour uriner	☐ Oui ☐ Non
On vous a vu arrêter de respirer en dormant	☐ Oui ☐ Non	Jambes : douleurs, crampes, fourmillements, besoin de bouger	☐ Oui ☐ Non

5. POUR FINIR

Note de la qualité de votre sommeil (0 = très mauvais, 10 = excellent) — entourez :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si une apnée du sommeil était confirmée, seriez-vous prêt(e) à suivre un traitement ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Merci ! Vos réponses seront revues avec vous pendant la consultation.