

Questionnaire du Sommeil

Centre du Sommeil
02.32.88.85.13

Questionnaire Médical

**L'attribution d'un rendez-vous se fera après
réception du questionnaire rempli**

Questionnaire à retourner à :
Centre.Sommeil@chu-rouen.fr

Ou par courrier postal à :
Hôpital Charles Nicolle
Bâtiment Central – 1^{er} étage
Centre du Sommeil

37 boulevard Gambetta

76000 ROUEN

Questionnaire du Sommeil

Date du questionnaire :

Nom :

Poids kg :

Prénom :

Taille cm :

Situation maritale :

Enfants (Nombre et âge) :

Quelle est votre profession actuelle ?

Avez-vous une conduite automobile professionnelle ?

Quelles sont les missions à votre poste actuel ?

Avez-vous régulièrement :

Des horaires décalés (très tôt le matin, tard le soir) ? OUI NON

Des horaires en 3x8 ou autres schémas similaires ? OUI NON

Du travail de nuit (entre 0h et 5h) ? OUI NON

Avez-vous déjà eu :

Accident de travail lié à la somnolence ? OUI NON

Accident de trajet par endormissement ? OUI NON

Habitudes de sommeil

En semaine à quelle heure vous couchez-vous ?

En semaine à quelle heure vous levez-vous ?

Le week-end à quelle heure vous couchez-vous ?

Le week-end à quelle heure vous levez-vous ?

De combien d'heures avez-vous besoin pour récupérer complètement en semaine ?

Avez-vous des insomnies en milieu, fin de nuit ou des réveils précoces ? OUI NON

Avez-vous des difficultés à vous endormir ? OUI NON

Habitudes de vie

Etes-vous fumeur ?

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Si non, avez-vous déjà fumé régulièrement ? OUI NON

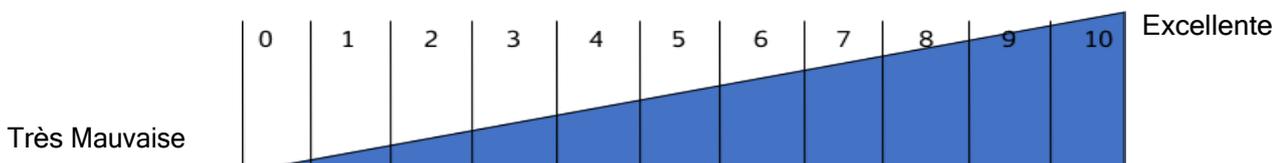
Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON

Consommez-vous de la caféine, du thé, du soda ? OUI NON

Si oui, combien de fois par jour ?

Au cours des 6 derniers mois votre qualité de sommeil a été :

Pourriez-vous préciser votre qualité de sommeil en entourant un chiffre sur l'échelle d'évaluation graduée ci-dessous ?



Questionnaire du Sommeil

Au cours des 6 derniers mois durant votre sommeil ou éveil :

- Avez-vous des ronflements ? Oui Non
- Faites-vous des pauses respiratoires ? Oui Non
- Avez-vous des réveils en sursaut ? Oui Non
- Avez-vous des secousses, impatiences ou agacements des jambes ou des bras ? Oui Non
- Avez-vous des sueurs nocturnes ? Oui Non
- Avez-vous des maux de tête au réveil ? Oui Non
- Êtes-vous porteur d'un appareillage pour apnées du sommeil ? Oui Non
- Êtes-vous porteur d'une gouttière de relâchement pour dormir ? Oui Non
- Avez-vous de la tension artérielle ou un traitement contre l'hypertension artérielle ? Oui Non
- Avez-vous du cholestérol, diabète ou un traitement contre ces affections ? Oui Non
- Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou infarctus cardiaque dans votre vie ? Oui Non
- Avez-vous une insuffisance rénale ? Oui Non
- Avez-vous déjà pris un traitement antidépresseur ou somnifère dans votre vie ? Oui Non
- Avez-vous un sentiment de d'incapacité, d'inutilité ou des difficultés à prendre des décisions ? Oui Non
- Avez-vous l'impression d'être vide d'énergie même le matin ? Oui Non

Merci de remplir cette échelle de Somnolence en estimant votre risque de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes : (0 : aucun risque, 1 : risque faible, 2 : moyen, 3 : fort)

Situation	Chance de s'endormir			
	0	1	2	3
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 :