



Cabinet Médical du Dr Adeline GUILLAUD-CLAPOT

QUESTIONNAIRE SOMMEIL ADULTE

Date : ____/____/____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____.

Age : ____ ans

Profession : _____

Vous vivez : O Seul

O En couple

O Nbre d'enfants : _____

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Médecin qui vous envoie

Médecin traitant

Nom :

Nom :

Quel est le motif de votre consultation ? _____

Quelles sont VOS PLAINTES PRINCIPALES concernant le sommeil en ce moment ?

- ☐ Difficulté d'endormissement le soir
- ☐ Réveils fréquents dans la nuit, ou sensation de ne pas dormir
- ☐ Ronflements, suspicion d'apnées
- ☐ Cauchemars/ Somnambulisme/ Mouvements anormaux pendant le sommeil
- ☐ Fatigue importante
- ☐ Somnolence ou endormissement dans la journée
- ☐ Impatience/Fourmillement dans les jambes le soir
- ☐ Autre : _____

Depuis quand vos problèmes de sommeil ont-ils commencé? _____

Y a-t-il eu un facteur déclenchant (stress, dépression, prise de poids...) ? O OUI O NON

Si oui, précisez : _____

Vos Habitudes:

1. **Tabac :** O Oui O Arrêté, depuis le ____ O Jamais Fumé

Si vous fumez ou avez arrêté de fumer :

Nbre de cigarettes/jour : _____ Nbre d'années : _____ ans

2. **Consommation de Caféine** (café, thé, boissons énergisantes, coca) :

O Aucune O Faible (1-2 fois/jour) O Modérée (3-4 fois/jour) O Importante (> 4 fois/jour)

3. **Activité physique :**

O Aucune O Faible (< 1 fois/semaine) O Modérée (1-3 fois/semaine) O Importante

Si oui, vous pratiquez cette activité sportive le plus souvent : O En journée O En soirée

4. **Travail** : Avez-vous des horaires particuliers (travail de nuit, astreintes...) ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez
☐ Travail de nuit ☐ 2x8 ☐ 3x8 ☐ 2x12 ☐ astreintes week-end ou soirée

Habitudes de Sommeil :

En semaine : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

En Week-end : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

De combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? _____ heures

Une fois couché, faites-vous une activité dans votre lit avant de dormir : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

- ☐ Lire ou écouter de la musique
- ☐ Regarder la télé/tablette/ordinateur/smartphone
- ☐ Travailler
- ☐ Manger dans votre lit
- ☐ Autre : _____

Au réveil le matin, comment vous sentez-vous ? ☐ En forme ☐ Fatigué

Faites-vous des siestes la journée ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

☐ Parfois (1-2 fois/semaine) ☐ Régulièrement (> 2 fois/semaine) ☐ Tous les jours

Combien de temps dure la sieste généralement ? _____

Signes d'orientation organique

	OUI	NON	Ne sait pas
Avez-vous une respiration bruyante ou des ronflements la nuit ?	☐	☐	☐
Vous êtes-vous déjà réveillé brutalement dans la nuit avec l' impression d'étouffer ?	☐	☐	☐
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner dans la nuit ?	☐	☐	☐
Transpirez-vous beaucoup pendant la nuit ?	☐	☐	☐
Ressentez-vous des maux de tête au réveil ?	☐	☐	☐
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ?	☐	☐	☐
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?	☐	☐	☐
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?	☐	☐	☐
Avez-vous des sensations de fourmillements/picotement , d'impatience ou d'agacement dans les jambes le soir ?	☐	☐	☐
Si oui :			
Cela débute-t-il au repos (couché par exemple) ?	☐	☐	☐
Cela survient-il principalement le soir ou la nuit ?	☐	☐	☐
Est-ce soulagé par des mouvements de jambes (étirement, marche, ...) ?	☐	☐	☐

Vous arrive-t-il d'avoir des hallucinations visuelles ou auditives (<i>voir des images, des personnes ou entendre des voix qui ne sont pas réelles</i>) à l' endormissement ou au réveil ?	☐	☐	☐
Vous arrive-t-il de vous réveiller et d'être littéralement « paralysé » au niveau de tout le corps, et de ne pas pouvoir bouger?	☐	☐	☐
Êtes-vous obligé de mettre plusieurs réveils ou alarmes pour arriver à vous lever le matin ?	☐	☐	☐
Vous arrive-t-il de sentir une faiblesse musculaire très prononcée lors des émotions intenses telles que la joie ou la surprise (ex : dérobement des genoux, la nuque qui fléchit, les bras qui tombent) ?	☐	☐	☐
Vous arrive-t-il de vous endormir très brutalement en journée au cours d'une activité (ex : conversation, repas, bricolage) ?	☐	☐	☐
Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait de vous assoir ou de vous lever du lit pendant votre sommeil (tout en dormant)?	☐	☐	☐
Faites-vous des mouvements brusques durant la nuit , au point de renverser des objets sur la table de nuit ou gêner votre conjoint(e) ?	☐	☐	☐
Vous arrive-t-il de bouger, vous déplacer, parler, crier lors de vos rêves (agir comme si vous « étiez réellement dans votre rêve ») ?	☐	☐	☐

Échelle de somnolence d'Epworth :

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes ? Entourez le nombre qui correspond

0 = Je ne somnolerais jamais | **1** = Faible chance de s'endormir | **2** = Chance moyenne de s'endormir | **3** = Forte chance de s'endormir

Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi pour se reposer	0	1	2	3
Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
Assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3

Score : _____/24

Échelle de fatigue de Pichot :

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière semaine et jusqu'à ce jour :

0 = Pas du tout | **1** = Un petit peu | **2** = Moyennement | **3** = Beaucoup | **4** = Extrêmement

Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
Tout demande effort	0	1	2	3	4
Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué, lourd, raide	0	1	2	3	4

Score : _____/ 32

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Merci d'apporter en consultation votre courrier d'adressage, vos ordonnances de traitement, votre carte vitale et votre attestation de mutuelle