

## QUESTIONNAIRE DE PREMIERE CONSULTATION DU SOMMEIL/PNEUMO

Nom : ..... Prénom : ..... Test effectué le : ..... / ..... / .....

Poids : ..... Kg Taille : ..... cm IMC : ..... kg/ m<sup>2</sup>

### ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

**La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé**

*Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.*

Pour chaque situation, cochez dans la grille le nombre le plus approprié à partir de l'échelle suivante :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

	Situations	Chance de s'endormir			
		0	1	2	3
1	Assis en train de lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Comme passager d'une voiture(ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Étant assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Placer une croix sur la ligne à l'endroit où vous le jugez le plus représentatif de votre situation :**

Je ne suis pas fatigué du tout Je suis fatigué toute la journée

Mon sommeil est excellent Mon sommeil est très mauvais

Je ne suis pas somnolent dans la journée Je suis très somnolent dans la journée

- Ronflez-vous la nuit ?  Oui  Non
- Votre entourage a-t-il noté des arrêts de votre respiration au cours de votre sommeil ?  Oui  Non
- Avez-vous l'impression d'étouffer en dormant ?  Oui  Non
- Transpirez-vous beaucoup en dormant ?  Oui  Non
- Vous levez-vous la nuit pour uriner ?  Oui  Non
- Si oui, combien de fois ?  < 3 <
- Faites-vous des cauchemars ?  Oui  Non
- Avez-vous mal à la tête au réveil ?  Oui  Non
- Avez-vous une baisse de votre libido ?  Oui  Non
- Avez-vous des problèmes de perte d'urine dans votre sommeil ?  Oui  Non
- Votre sommeil est-il agité ?  Oui  Non
- Avez-vous des sensations de picotement, brûlures, agacement dans les jambes la nuit ?  Oui  Non
- Grincez-vous des dents la nuit ?  Oui  Non
- Le matin avez-vous la sensation d'un sommeil non réparateur ?  Oui  Non
- Avez-vous du mal à vous concentrer ?  Oui  Non
- Avez-vous des pertes de mémoire ?  Oui  Non
- Devez-vous lutter contre la somnolence dans la journée ?  Oui  Non
- Avez-vous des accès de somnolence dans certaines circonstances ?  Oui  Non
- Avez-vous déjà eu envie de dormir en conduisant ?  Oui  Non
- Avez-vous déjà eu un accident de voiture ou de travail en raison d'une somnolence ?  Oui  Non
- Etes-vous déprimé ?  Oui  Non
- Ruminez-vous des idées pendant la nuit ?  Oui  Non

## Questionnaire de BECK

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez la case qui décrit le mieux votre état.

- 0 Je ne me sens pas triste.  
 1 Je me sens triste.  
 2 Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.  
 3 Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.
- 0 Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.  
 1 Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.  
 2 Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.  
 3 L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).  
 1 Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.  
 2 Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.  
 3 Je suis un(e) raté(e).
- 0 Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.  
 1 Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.  
 2 Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.  
 3 Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.  
 1 Je me sens coupable une grande partie du temps.  
 2 Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.  
 3 Je me sens constamment coupable.
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).  
 1 J'ai l'impression d'être parfois puni(e).  
 2 Je m'attends à être puni(e).  
 3 Je sens parfaitement que je suis puni(e).
- 0 Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.  
 1 Je suis déçu(e) de moi-même.  
 2 Je suis dégoûté(e) de moi-même.  
 3 Je me hais.
- 0 Je ne crois pas être pire que les autres.  
 1 Je critique mes propres faiblesses et défauts.  
 2 Je me blâme constamment de mes défauts.  
 3 Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
- 0 Je ne pense jamais à me tuer.  
 1 Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.  
 2 J'aimerais me tuer.  
 3 Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
- 0 Je ne pleure pas plus que d'habitude.  
 1 Je pleure plus qu'autrefois.  
 2 Je pleure constamment.  
 3 Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
- 0 Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.  
 1 Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.  
 2 Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.  
 3 Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

- 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.  
 1 Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.  
 2 J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.  
 3 Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 0 Je prends mes décisions exactement comme autrefois.  
 1 Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.  
 2 J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.  
 3 Je suis incapable de prendre des décisions.
- 0 Je ne crois pas que mon apparence a empiré.  
 1 Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).  
 2 Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).  
 3 Je crois que je suis laid(e).
- 0 Je travaille aussi bien qu'autrefois.  
 1 J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.  
 2 Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.  
 3 Je suis absolument incapable de travailler.
- 0 Je dors aussi bien que d'habitude.  
 1 Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.  
 2 Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.  
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.  
 1 Je me fatigue plus vite qu'autrefois.  
 2 Un rien me fatigue.  
 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0 Mon appétit n'a pas changé.  
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.  
 2 Mon appétit a beaucoup diminué.  
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0 Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.  
 1 J'ai maigri de plus de 2.2 kg  
 2 J'ai maigri de plus de 4.5 kg  
 3 J'ai maigri de plus de 6.8 kg
- 0 Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.  
 1 Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.  
 2 Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.  
 3 Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 0 Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.  
 1 Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.  
 2 Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.  
 3 J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

**CADRE RESERVE MEDECIN**

1 – 10 : Normal

Signature du médecin :

11 – 16 : Bénins

17 – 20 : Limite

21 – 30 : Oui

31 – 40 : Oui important

Plus de 40 : Oui extrême