

Service de Médecine du Sommeil – Hôpital de Sainte Foy lès Lyon – 78 chemin Montray 69110 Sainte Foy les Lyon

TEL : 04 72 16 86 94 Mail : sommeil@ch-fidesien.fr

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Si différent, médecin qui vous adresse :

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous vous prions de remplir avec attention le questionnaire ci-dessous concernant votre santé.

Apportez-le REMPLI à la consultation du sommeil avec les éléments de votre dossier médical.

Bien penser à apporter une copie de votre carte d'identité.

Poids :

Taille :

Prise de poids récente ? oui ☐ non ☐

Nombre de kilos : |___| en |___| mois

Avez-vous déjà eu ou avez-vous les maladies suivantes ?

- | | |
|---|---|
| - Hypertension artérielle | oui ☐ non ☐ |
| - Palpitations - trouble du rythme | oui ☐ non ☐ |
| - Angine de poitrine - angor - infarctus | oui ☐ non ☐ |
| - Insuffisance cardiaque | oui ☐ non ☐ |
| - Diabète | oui ☐ non ☐ |
| - Maladie de la thyroïde | oui ☐ non ☐ |
| - Attaque cérébrale - AVC - AIT | oui ☐ non ☐ |
| - Asthme | oui ☐ non ☐ |
| - Acidité ou reflux gastro-œsophagien | oui ☐ non ☐ |
| - Ménopause : | oui ☐ non ☐ |
| - Troubles neurologiques ou psychiatrique ? | |

Précisez :

- Autres problématiques de santé :

.....

.....

Avez-vous des **ALLERGIES** a des médicaments ou des aliments ? Si oui, précisez :

SI VOUS AVEZ EU UN BILAN
CARDIOLOGIQUE, UN BILAN
PNEUMOLOGIQUE (EFR) OU
UN ENREGISTREMENT DU
SOMMEIL (POLYGRAPHIE
POLYSOMNOGRAPHIE),
MERCI D'APPORTER CES
DOCUMENTS A VOTRE
CONSULTATION

Merci de préciser votre traitement actuel, ou de joindre votre ordonnance la plus récente :

[illegible]

Avez-vous déjà été opéré(e) ?

Opération :	Date	Opération :	Date

Etat dentaire :

Appareil dentaire mobile ☐ Dents artificielles ☐ Bridge ☐ Pivots ☐ Dents déchaussées ou fragiles ☐

MODE DE VIE :

- Quelle est votre profession ?
- Fumez-vous ? oui ☐ non ☐ Nombre de cigarettes par jour ? |___|
- Consommez-vous du cannabis ou d'autres drogues ou substituts ? oui ☐ non ☐
- Buvez-vous régulièrement de l'alcool, du vin, de la bière, apéritif ? oui ☐ non ☐
- Combien de verres quotidiens en moyenne ?*
- Consommez-vous quotidiennement : café ☐ thé ☐ sodas ☐ Nombre de tasses / jour : |___|
- Activité sportive : jamais ☐ occasionnelle ☐ régulière ☐ intensive ☐

HABITUDES DE SOMMEIL :

La semaine : Réveil entre _____ et _____. Coucher entre _____ et _____.
 Le week-end / vacances : Réveil entre _____ et _____. Coucher entre _____ et _____.

Le plus souvent, entre le dîner et le coucher :

- ☐ Vous effectuez des tâches ménagères
- ☐ Vous lisez ☐ au canapé ☐ au lit
- ☐ Vous regardez la TV ou d'autres écrans ☐ au canapé ☐ au lit
- ☐ Autre :

Une fois au lit, temps moyen pour vous endormir :

Comment vous réveillez-vous ?

La semaine : ☐ réveil spontané ☐ sonnerie
 Vous êtes : ☐ en forme et disponible ? ☐ encore fatigué et endormi ?

Le week-end / vacances : ☐ réveil spontané ☐ sonnerie
 Vous êtes : ☐ en forme et disponible ? ☐ encore fatigué et endormi ?

Faites-vous des siestes ? ☐ jamais ☐ parfois ☐ tous les jours ☐ le week-end seulement

Durée :

Décrivez en quelques mots votre **problème de sommeil actuel** :

.....

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES CI-DESSOUS

Insomnie (difficulté à trouver le sommeil) :

oui ☐ non ☐

- Au coucher

☐

Si oui, liée à des sensations d'impatiences dans les jambes le soir ?

☐

- Au milieu de la nuit
- Avant l'heure où le réveil sonne
- Sensation de ne pas dormir de la nuit

☐☐☐

Trouvez-vous votre sommeil décalé ?

oui ☐ non ☐

- Spontané
- Lié à un rythme décalé (3x8, travail de nuit)

☐☐

Présentez-vous certains des signes suivants au cours de votre sommeil ?

Sommeil discontinu avec de multiples éveils

☐

Si oui, combien en moyenne ? | ____ |

Ronflement, respiration bruyante nocturne

☐

Pauses respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint

☐

Impression d'étouffer en dormant (éveils suffocatoires), ou de tomber

☐

Levers plus de deux fois pour uriner la nuit (nycturie)

☐

Agitation nocturne

☐

Suées nocturnes abondantes

☐

Présence de douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir

☐

Présentez-vous certaines de ces altérations du fonctionnement en journée ?

Sensation de sommeil non réparateur

☐

Manque d'énergie dès le réveil

☐

Maux de tête au réveil

☐

Lutte contre le sommeil en journée

☐

Accès de sommeils irrésistibles

☐

Vous avez des troubles de la mémoire, de concentration

☐

Vous êtes plus facilement irritable

☐

Troubles de la sexualité (*libido*)

☐

Chute involontaire de la tête ou d'une partie du corps

☐

Si oui, est-ce provoquée par une émotion ?

☐

Autres troubles du sommeil :

- Somnambulisme (déambulation nocturne) ☐
- Terreurs nocturnes ☐
- Sensation de paralysie à la sortie du sommeil ou à l'endormissement ☐
- Impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ☐
- Cauchemars fréquents ☐
- Mouvements des jambes pendant la nuit ☐

- Douleurs éveillantes ou insomniantes ☐
- Perte d'urine au cours du sommeil ☐
- Crise d'épilepsie au cours du sommeil ☐
- Si non présent dans la liste, précisez : ☐

.....

.....

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

Avez-vous connu une période dépressive ou prenez-vous un traitement anti dépresseur ?

oui ☐ non ☐

Etes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ? oui ☐ non ☐

Merci de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes, et de faire référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non occasionnellement.

- Vous sentez vous souvent tendu(e), nerveux(se) ☐
- Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ☐
- Etes-vous souvent irritable ? ☐
- Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ? ☐
- Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ? ☐
- Ressentez-vous souvent une ou plusieurs manifestations suivantes : *tremblements, Fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée.* ☐
- Etes-vous inquiet(e) pour votre santé ? ☐

EVALUATION DU NIVEAU DE SOMNOLENCE

Vous arrive-t-il de **somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes** :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

Notez 0 : si c'est exclu. « Il ne m'arrive jamais de somnoler » : aucune chance,

Notez 1 : si ce n'est pas impossible. « Il y a un petit risque » : faible chance,

Notez 2 : si c'est probable. « Il pourrait m'arriver de somnoler » : chance moyenne,

Notez 3 : si c'est systématique. « Je somnolerais à chaque fois » : forte chance.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| - Pendant que vous êtes occupé à lire un document. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Devant la télévision ou au cinéma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage | 0 | 1 | 2 | 3 |

TOTAL : ____/24

ACCIDENTOLOGIE

Utilisez-vous votre véhicule dans le cadre ?

Professionnel ☐

Personnel ☐

Avez-vous déjà eu des **accidents** ou des « **presque accidents** » de la circulation ou de travail liés à la somnolence ? (*un presque accident est un événement où en tant que conducteur vous avez failli avoir un accident : moment d'absence, franchissement de ligne...*) ☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui était-ce :

☐ Dans le cadre du travail ☐ Dans le cadre d'un trajet personnel

☐ Il y a moins d'1 an ☐ Il y a plus d'1 an

Etiez-vous déjà traité pour votre trouble du sommeil au moment de sa survenue ? ☐ Oui ☐ Non

Décrivez les circonstances de cet (ces) événement(s)

.....
.....

BOSS (BORDEAUX SLEEPINESS SCALE)

1. Genre

0 ☐ Femme

1 ☐ Homme

2. Nombre de kilomètres parcourus par an : |_|_|_|_|_|_| kms/an

0 ☐ Moins de 20000km/an

1 ☐ Egal à ou plus de 20000km/an

3. Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir, et pas seulement de vous sentir fatigué, dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes ?

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

4. Au cours de l'année passée, avez-vous eu au moins un épisode de somnolence au volant qui a rendu la conduite difficile ou qui vous a forcé à vous arrêter ?

0 ☐ Non, jamais

1 ☐ Oui, mais moins d'une fois par mois

2 ☐ Oui, au moins une fois par mois

3 ☐ Oui, au moins une fois par semaine

Additionnez les points obtenus : **BOSS score total** |_|_|