



Questionnaire ronflement et qualité de sommeil

Date du questionnaire :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin

Féminin

Quel est le motif principal de consultation ?

Ronflement Troubles du sommeil Autre :

Situation de famille : seul en couple

Avez-vous un ou plusieurs membre(s) de votre famille présentant un syndrome d'apnées du sommeil ? Non Oui qui ?

Avez-vous un ou plusieurs membre(s) de votre famille présentant un ronflement ? Non Oui qui ?

Profession :

Nom et adresse du médecin traitant :

A- Habitudes de sommeil

Les questions suivantes concernent vos **habitudes de sommeil**. Répondez, s'il vous plaît, selon vos observations des **trois derniers mois**.

1. Quels sont vos horaires habituels de sommeil ?

	Heure de coucher	Heure de lever
En période d'activité h..... mn h..... mn
En période de repos h..... mn h..... mn

2. Quelles sont vos horaires de travail ?

..... h..... mn h..... mn

3. Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Jamais rarement souvent tous les soirs

4. Ronflez-vous ?

Jamais rarement souvent tous les soirs

A quel âge vous a-t-on signalé pour la première fois ce ronflement ? ans

Ce ronflement est-il gênant pour votre entourage ? non oui

Ce ronflement est-il influencé par votre position ? non oui

5. Vous a-t-on signalé la survenue de pauses de la respiration pendant votre sommeil ?

jamais rarement souvent toujours

6. Vous réveillez-vous au cours de la nuit ?

jamais rarement souvent toutes les nuits

7. Vous levez-vous la nuit pour uriner ?

jamais 1 fois 2 fois 3 fois ou plus

8. Vous arrive-t-il de vous réveiller le matin en ayant mal à la tête ?

jamais rarement souvent toujours

9. Avez-vous l'impression d'être fatigué au réveil ?

jamais rarement souvent toujours

10. Avez-vous l'impression d'avoir une meilleure qualité de sommeil le week end ou en vacances ?

jamais rarement souvent toujours

11. Avez-vous des troubles de la mémoire ou de l'attention ?

jamais rarement souvent toujours

B- Autres troubles du sommeil

12. Avez-vous des fourmillements dans les jambes qui vous obligent à bouger ? non oui

13. Donnez-vous des coups de pied à votre conjoint dans le lit ? non oui

14. Grincez-vous des dents la nuit, ou avez-vous des douleurs aux mâchoires au réveil ?
 non oui

15. Avant de vous endormir ou au réveil, avez-vous des hallucinations ? non oui

16. Avant de vous endormir ou au réveil avez-vous l'impression d'être totalement paralysé ? non oui

17. Lors d'une émotion, d'un rire, d'une surprise, sentez-vous :

- vos jambes se dérober ? non oui

- votre tête tomber ? non oui

- la mâchoire tomber ? non oui

- une faiblesse d'une partie de votre corps non oui

C- Qualité de vie pendant la journée

18. Au cours de la journée, vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir ?

Pour chacune des situations suivantes, indiquez le chiffre qui correspond à la fréquence de cette somnolence.

0 = ne somnole jamais

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situations :

Chiffre

0 1 2 3

Assis en train de lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi pour se reposer si les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, au calme, après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				total : _____

19. Avez-vous déjà eu ou évité un accident de voiture lié à l'endormissement ? non oui

20. Avez-vous souvent le nez bouché ? non oui

Si oui, en permanence uniquement la nuit d'un coté de chaque coté

21. Avez-vous des épisodes d'écoulement nasal ?
 en permanence uniquement de façon saisonnière

22. Pensez vous avoir une diminution de la libido non oui

23. Vous sentez-vous dépressif ?
 jamais rarement souvent toujours

D- Etat général

24. Quel est votre poids actuel ? kg

25. Quel était votre poids ?
 A l'âge de 20 ans kg Il y a 2 ans..... kg maximum kg

26. Quelle est votre taille ? cm

27. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? non oui

Combien fumez-vous ou avez-vous fumé en moyenne : cigarettes/jour
 Depuis combien d'années :

28. Prenez-vous des médicaments pour dormir (tranquillisants ou somnifères) ?

jamais rarement souvent toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :

29. Prenez-vous des médicaments autres que des tranquillisants ou des somnifères ?

Si oui, veuillez préciser le nom et la quantité :

jamais rarement souvent toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :

30. Quelle quantité de boissons alcoolisées (vin, bière, etc...) buvez-vous en moyenne par jour ?

D- Précisez vos antécédents

Antécédents ORL :

Avez-vous été opéré :

- des amygdales non oui
- des végétations non oui
- du voile du palais non oui
- d'une déviation de cloison nasale non oui
- d'une cautérisation de cornets non oui
- des sinus non oui
- Autres :.....

Autres antécédents :

Présentez-vous ou avez-vous présenté ou eu :

- une hypertension artérielle non oui
- un angor ou un infarctus du myocarde non oui
- des troubles du rythme cardiaque non oui
- un accident vasculaire cérébral non oui
- un asthme non oui
- une bronchite chronique non oui
- un épisode de dépression non oui
- un diabète non oui
- une hypercholestérolémie non oui
- une hypothyroïdie non oui
- un reflux gastro-oesophagien non oui
- un ulcère gastrique non oui
- un traitement pour redresser les dents avec extraction dentaire non oui
- des douleurs au niveau des des mâchoires non oui
- une luxation de la mâchoire non oui
- des gouttières pour des grincements de dents non oui
- autres non oui

E- Autres précisions