

Questionnaire matinal post-examen de sommeil _ Adulte



Nom: _____ Prénom: _____ Date: _____

Date de naissance : _____ #B : _____

AAAA/ MM / JJ

AAAA/ MM / JJ

Conditions : (section à compléter par le professionnel de la santé)

<input type="checkbox"/> Air ambiant	OAM : <input type="checkbox"/> portée nuit entière <input type="checkbox"/> portée partiellement : heure installation de l'OAM : _____ (OAM = orthèse d'avancement mandibulaire)
<input type="checkbox"/> O ₂ _____ L/min	PPC* : <input type="checkbox"/> PCRS réalisée avec PPC <input type="checkbox"/> PPC cessée _____ jours précédant le test
<input type="checkbox"/> Plaque occlusale	*Si traitement PPC en cours, indiquer pression de traitement : _____ cmH ₂ O

À compléter à votre lever : (section à compléter par le patient)

Comment s'est déroulée votre nuit ? (Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation)

- Mieux que d'habitude Comme d'habitude Pire que d'habitude

1. Heure du coucher : _____ Heure du lever : _____
2. Combien de temps pensez-vous avoir pris pour vous endormir ? _____
3. Combien d'heures pensez-vous avoir dormi ? _____
4. Combien de fois vous êtes-vous réveillé pendant la nuit ? _____
5. Avez-vous eu une période d'éveil prolongée ? (plus de 45min) oui non
6. La durée approximative de cette période d'éveil : _____

Si vous avez répondu OUI à la question #5, complétez les questions suivantes :

Identifier ce qui vous a empêché de dormir :

- Stimulant pris en fin de journée /soirée ? (café, thé, cola, tabac, autres)
- Inconfortable (excluant la présence des capteurs)
- Chaud/ froid
- Douleurs spécifier : _____
- Impatiences/engourdissements dans les jambes ou bras
- Rumination, stress, anxiété
- Autres : _____

Est-ce la première fois que vous avez un éveil prolongé? oui non

Si répondu non, indiquez à quelle fréquence ainsi que la durée de vos périodes d'éveil habituelles

Autres informations pertinentes :

Les questionnaires complétés doivent être retournés avec l'équipement pour les tests réalisés à domicile

En cas d'oubli, les questionnaires peuvent être retournés par courriel par BSSportail.diagnostic@biron.com