

# Résumé clinique Adulte

N° Dossier : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Travail : jour nuit

Poids: \_\_\_\_\_ kg lbs Taille: \_\_\_\_\_

cm  po

Circ. cou: \_\_\_\_\_

cm  po

IMC : \_\_\_\_\_

Médecin de famille: \_\_\_\_\_

## MÉDICAMENTS (noms) voir liste jointe

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- |                                                             |                                           |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine/infarctus                   | <input type="checkbox"/> Pacemaker        | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil Index Apnée Hypopnée (IAH) : ____ /h |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) | <input type="checkbox"/> Dépression       | <input type="checkbox"/> Insomnie                                              |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque             | <input type="checkbox"/> Diabète          | <input type="checkbox"/> MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)       |
| → <input type="checkbox"/> Hypertension (connue ou traitée) | <input type="checkbox"/> Plaque occlusale | <input type="checkbox"/> Asthme                                                |
| <input type="checkbox"/> Fibrillation Auriculaire           | <input type="checkbox"/> Autres :         |                                                                                |

## SYMPTÔMES

- |                                                                             |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fatigue                                            | <input type="checkbox"/> Maux de tête                                              |
| <input type="checkbox"/> Sommeil non réparateur ou agité                    | <input type="checkbox"/> Irritabilité ou fluctuation de l'humeur                   |
| → <input type="checkbox"/> Arrêt respiratoire observé par l'entourage       | <input type="checkbox"/> Anxiété                                                   |
| <input type="checkbox"/> Éveil avec sensation d'étouffement                 | <input type="checkbox"/> Baisse de motivation ou d'énergie                         |
| <input type="checkbox"/> Se lever régulièrement la nuit pour uriner         | <input type="checkbox"/> Baisse de rendement scolaire ou au travail                |
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes                                   | <input type="checkbox"/> Somnolence <b>Score Epworth (voir page 2) : ____ / 24</b> |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration/ trouble de la mémoire | <input type="checkbox"/> Autres :                                                  |

## HABITUDES DE VIE ET DE SOMMEIL

- |                                   |                                                           |                                                                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tabac</b>                      | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | fumeur actif/ancien : # d'année de tabac : _____, # de cigarettes / jour : _____ |
| <b>Vapoteuse (avec nicotine)</b>  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | fumeur actif #mg/jour : _____                                                    |
| <b>Alcool</b>                     | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Nombre moyen de consommations / jour : _____                                     |
| <b>Stimulants (Café/thé/cola)</b> | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Nombre moyen consommations /jour : _____                                         |
| <b>Drogues</b>                    | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Lesquelles : _____                                                               |

→ **Ronflez-vous ?**  Je ne sais pas  Jamais ou presque  Parfois  Souvent  Toujours ou presque

**Heures de sommeil (en moyenne)** semaine : \_\_\_\_\_ heures/nuit  
entre \_\_\_\_\_ h et \_\_\_\_\_ h. fin de semaine : \_\_\_\_\_ heures/nuit.  
entre \_\_\_\_\_ h et \_\_\_\_\_ h.

Dans quelle position avez-vous l'habitude de dormir (plus d'une réponse est possible) :  dos  côté  ventre  je ne sais pas

Avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?  Non  Oui **Score ISI (voir page 2) : \_\_\_\_ /28**

→ Êtes-vous incommodé par de la **somnolence dans la journée ?**  Non  Oui  
(avoir envie de dormir ou lutter pour rester éveillé et non seulement être fatigué)

Présentez-vous de la **somnolence au volant?** (Cochez seulement un choix)  
 Jamais  Moins de 1 fois par mois  1 à 3 fois par mois  
 1 à 3 fois par semaine  4 à 6 fois par semaine  Tous les jours

Avez-vous eu un accident secondaire à la somnolence ou la fatigue au cours des 3 dernières années?  Non  Oui

Avez-vous de l'inconfort (impatiences) dans les jambes qui vous empêchent de dormir?  Non  Oui

Vous est-il arrivé de ressentir un relâchement musculaire généralisé (ou une paralysie temporaire) au moment d'une forte émotion tel que le rire, la colère ou la surprise?  Non  Oui

Est-ce que vous ou votre partenaire de lit avez remarqué un comportement particulier durant votre sommeil tel que du somnambulisme, des rêves agités, des éveils confusionnels?  Non  Oui

## AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

### Compléter les questions du tableau : Échelle de somnolence d'Epworth

Quelle est la possibilité de vous endormir/ assoupir dans les situations suivantes (selon la légende proposée)	
<b>Légende</b> 0 : <i>Aucun risque</i> 1 : <i>Faible risque</i> 2 : <i>Risque modéré</i> 3 : <i>Risque élevé</i>	
Situations	Résultats
Lire en position assise	
Regarder la télévision	
Être assis inactif dans un endroit public	
Passager dans un véhicule roulant sans arrêt pendant une heure	
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	
Assis en parlant avec quelqu'un	
Assis calmement après un repas sans alcool	
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	
<b>TOTAL:</b>	<b>/24</b>

### Compléter les questions du tableau : ISI \_indice de sévérité d'insomnie

(À compléter même si vous croyez ne pas souffrir d'insomnie)

A. Inscrire le chiffre qui correspond le plus fidèlement à votre sommeil au cours du <u>dernier mois</u>	
<b>Légende</b> 0 : <i>Aucune</i> 1 : <i>Légère</i> 2 : <i>Moyenne</i> 3 : <i>Très</i> 4 : <i>Extrêmement</i>	
Situations	Résultats
Difficulté à vous endormir	
Difficulté à rester endormi	
Problème de réveils trop tôt le matin	

B. Estimer la gravité de votre problème de sommeil selon votre situation personnelle (selon la légende proposée)	
<b>Légende</b> 0 : <i>Aucunement</i> 1 : <i>Légèrement</i> 2 : <i>Moyennement</i> 3 : <i>Très</i> 4 : <i>Extrêmement</i>	
Situations	Résultats
À quel point êtes-vous inquiet/préoccupé à propos de vos difficultés de sommeil actuelles ?	
À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement (ex : <i>fatigue, concentration, mémoire, humeur</i> ) ?	
À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil soient apparentes pour les autres sur le plan de la détérioration de la qualité de vie ?	

C. Inscrire le chiffre qui correspond le plus fidèlement à votre sommeil	
<b>Légende</b> 0 : <i>Très satisfait</i> 1 : <i>Satisfait</i> 2 : <i>Indifférent</i> 3 : <i>Insatisfait</i> 4 : <i>Très insatisfait</i>	
Situations	Résultats
À quel point êtes-vous satisfait de votre sommeil actuellement ?	

<b>(Additionner tous les chiffres des sections A-B-C du tableau ISI) TOTAL :</b>	<b>/28</b>
----------------------------------------------------------------------------------	------------

→ **Légende Questionnaire STOP**

- Snoring (Ronflement)      → Observed apnea (Apnée observée)
- Tiredness (Somnolence)      → Pressure (HTA)