# Résumé clinique pré-examen de sommeil _ Adulte

Biron

**Nom :** _____ **Prénom:** _____ **M** ☐ **F** ☐ **Date :** _____

**Date de naissance:** _____ (AAAA / MM / JJ) **Âge :** _____ **Profession :** _____ **Travail** ☐ jour ☐ nuit (AAAA / MM / JJ)

**Poids:** _____**kg /lbs** **Taille:** _____**cm /po** **Circ. cou :** _____**cm/po** **IMC :** _____

**Md de famille :** _____

**Consigne : Compléter toutes les sections du questionnaire incluant les 2 tableaux au verso.**

| **MÉDICAMENTS** (noms) ☐ voir liste jointe | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

| **ANTÉCÉDENTS PERSONNELS** | |
|---|---|
| ☐ Angine/infarctus | ☐ Insuffisance cardiaque |
| ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC) | ☐ Asthme, MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) |
| ☐ Hypertension (connue ou traitée) | ☐ Apnée du sommeil **I**ndex **A**pnée **H**ypopnée (IAH) : _____/h |
| ☐ Dépression | ☐ Insomnie |
| ☐ Diabète | ☐ Autres : |

| **SYMPTÔMES** | |
|---|---|
| ☐ Fatigue | ☐ Maux de tête |
| ☐ Sommeil non réparateur ou agité | ☐ Irritabilité ou fluctuation de l'humeur |
| ☐ Arrêt respiratoire observé | ☐ Anxiété |
| ☐ Éveil avec sensation d'étouffement | ☐ Baisse de motivation ou d'énergie |
| ☐ Se lever régulièrement la nuit pour uriner | ☐ Baisse de rendement scolaire ou au travail |
| ☐ Sueurs nocturnes | ☐ Somnolence **Epworth** : _____ / 24 (voir verso) |
| ☐ Difficulté de concentration/ trouble de la mémoire | ☐ Autres : |

| **HABITUDES DE VIE ET DE SOMMEIL** | | |
|---|---|---|
| **Tabac** | ☐ Non ☐ Oui | fumeur actif/ancien : # d'année de tabac : _____, # de cigarettes / jour : _____ |
| **Alcool** | ☐ Non ☐ Oui | Nombre moyen de consommations / jour : _____ |
| **Stimulants** (Café/thé/cola) | ☐ Non ☐ Oui | Nombre moyen consommations /jour : _____ |
| **Drogues** | ☐ Non ☐ Oui | Lesquelles : _____ |
| **Ronflez-vous** ? | ☐ Je ne sais pas ☐ Jamais ou presque ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ou presque | |
| **Heures de sommeil** (en moyenne) | semaine : _____ heures/nuit | fin de semaine : _____heures/nuit. |
| Avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi? | ☐ Non ☐ Oui Si oui, score **ISI** : _____ (voir verso) | |
| Êtes-vous incommodé par de la **somnolence dans la journée** ? *(avoir envie de dormir ou lutter pour rester éveillé et non seulement être fatigué)* | ☐ Non ☐ Oui | |

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 de l'inconfort (impatiences) dans les jambes qui vous empêchent de dormir? | ☐ Non ☐ Oui |
| Vous est-il arrivé de ressentir, au moment d'une forte émotion tel que le rire, la colère ou la surprise, une brève diminution de votre force musculaire (ou une paralysie temporaire) ? | ☐ 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)* |
|---|

**Légende :** 0 : **Aucun** risque 1 : **Faible** risque 2 : risque **modéré** 3 : risque **élevé**

| **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 | |
| **TOTAL:** | **/24** |

## **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* ***dernier mois*** | **Résultats** |
|---|---|

**Légende : 0 : Aucune 1 : Légère 2 : Moyenne 3 : Très 4 : Extrêmement**

| | |
|---|---|
| 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)* | |

**Légende : 0 : Aucunement 1 : Légèrement 2 : Moyennement 3 : Très 4 : Extrêmement**

| | |
|---|---|
| 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 : fatigue, concentration, mémoire, humeur)* ? | |
| 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.* | |

**Légende : 0 : Très satisfait 1 : Satisfait 2 : Indifférent 3 : Insatisfait 4 : Très insatisfait**

| | |
|---|---|
| À quel point êtes-vous satisfait de votre sommeil actuellement ? | |
| **(Additionner tous les chiffres des sections A-B-C du tableau ISI) TOTAL :** | **/28** |

⚠ **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**