

Questionnaire ronflement et qualité de sommeil

Date du questionnaire :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille : seul en couple

Avez-vous un membre de votre famille présentant un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui Non qui ?.....

Profession :

Nom et adresse du médecin traitant :

Quel est le motif principal de consultation ?

Ronflement Troubles du sommeil Autre :

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 ? oui non

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

5. **Avez-vous souvent le nez bouché ?** oui non

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

6. **Avez-vous des épisodes d'écoulement nasal ?**

en permanence uniquement de façon saisonnière

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

jamais rarement souvent toujours

8. **Vous réveillez-vous au cours de la nuit ?**

jamais rarement souvent toutes les nuits

9. **Vous levez-vous la nuit pour uriner ?**

jamais 1 fois 2 fois 3 fois ou plus

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

jamais rarement souvent toujours

11. **Avez-vous l'impression d'avoir un sommeil non récupérateur ?**

jamais rarement souvent toujours

B- Qualité de vie pendant la journée

12. **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 :

Assis en train de lire

En regardant la télévision

Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion)

Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure

Allongé l'après-midi pour se reposer si les circonstances le permettent

En parlant avec quelqu'un

Assis, au calme, après un repas sans alcool

Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement

Chiffre

0 1 2 3

total : _____

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

jamais rarement souvent toujours

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

jamais rarement souvent toujours

15. Vous sentez-vous dépressif ?

jamais rarement souvent toujours

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

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

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

oui non

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

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

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

- vos jambes se dérober ? oui non
- votre tête tomber ? oui non
- la mâchoire tomber ? oui non
- une faiblesse d'une partie de votre corps oui non

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

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

C- 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 ? oui non

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) ?

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

jamais rarement souvent toujours

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

Si oui, veuillez préciser le nom et la quantité :

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

jamais rarement souvent toujours

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

Autres antécédents :

Présentez-vous ou avez-vous présenté ou eu :

- une hypertension artérielle oui non
- un angor ou un infarctus du myocarde oui non
- des troubles du rythme cardiaque oui non
- un accident vasculaire cérébral oui non
- un asthme oui non
- une bronchite chronique oui non
- un épisode de dépression oui non
- un diabète oui non
- une hypercholestérolémie oui non
- une hypothyroïdie oui non
- un reflux gastro-oesophagien oui non
- un ulcère gastrique oui non
- un traitement pour redresser les dents oui non

- avec extraction dentaire
- des douleurs au niveau des des mâchoires
- une luxation de la mâchoire
- des gouttières pour des grincements de dents
- autres

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

E- Autres précisions