

**Adaptation française du
"HENRY FORD HOSPITAL SLEEP QUESTIONNAIRE"**

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Médecin : Dr

Date d'évaluation : / / Age : ans Sexe : F - M

Taille : Poids : kg

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve)
 divorcé(e) vivant maritalement

Nombre d'enfants : Age :

Profession :
.....
.....

Quand avez-vous consulté votre médecin pour la première fois ?

Résultats de cet examen :

Avez-vous, actuellement ou par le passé, des problèmes de santé associés avec ceux de la liste ci-dessous ?

	oui	non	Date	Type de problème
Anxiété				
Dépression				
Tête et système nerveux				
Yeux, oreilles, nez, gorge				
Cœur, circulation				
Poumons				
Bronches				
Estomac				
Intestin				
Appareil urinaire				
Reins				
Sexuel				
Os, articulations, membres				
Diabète				
Glandes				
Tension artérielle				
Problèmes de poids				

Autres (préciser)				
-------------------	--	--	--	--

1. Pour chaque boisson citée, indiquer la quantité moyenne que vous consommez par jour :

Café tasse(s) par jour

Thé tasse(s) par jour

Café décaféiné tasse(s) par jour

Boissons gazeuses verre(s) par jour

2. En moyenne, combien de boissons alcoolisées consommez-vous les jours de semaine ?

Vin tasse(s) par jour

Bière tasse(s) par jour

Apéritifs tasse(s) par jour

Digestifs verre(s) par jour

3. En moyenne, combien de boissons alcoolisées consommez-vous les jours de week-end ?

Vin tasse(s) par jour

Bière tasse(s) par jour

Apéritifs tasse(s) par jour

Digestifs verre(s) par jour

4. En moyenne, combien de cigarettes, cigares ou pipes fumez-vous par jour ?

..... par jour

5. Consommez-vous occasionnellement d'autres drogues ?

oui non

6. Quel est votre traitement habituel ?

Nom du médicament	Dose	Raison de la prescription	Depuis quand ?	Automédication ou prescription médicale

7. Pourquoi avez-vous été adressé(e) au Centre d'Exploration des Troubles du Sommeil ?

.....

.

.....
.
.....
.

8. A quel âge ont débuté vos troubles du sommeil ? ans

9. Comment ces troubles perturbent-ils votre vie et vos activités quotidiennes ?

.....
.
.....
.
.....
.

10. Est-ce un problème préoccupant pour vous ?

- Très préoccupant
- Pas du tout

11. Avez-vous déjà réalisé un bilan pour investiguer ce problème de sommeil ?

- oui
- non

Si oui, décrivez brièvement ces examens et leurs résultats :

.....
.
.....
.
.....
.

12. Avez-vous déjà utilisé des médicaments prescrites ou non prescrites pour vous aider à dormir ?

- oui
- non

Si oui, donnez la liste ci-dessous :

Médicament	Dose	Pendant combien de temps	Efficacité	Prescripteur

--	--	--	--	--

13. Si vous travaillez, quelles sont vos heures de travail ?

Début : Fin :

14. Indiquez l'heure à laquelle habituellement vous vous couchez et vous levez les jours de semaine :

Heure de coucher : Heure de lever :

15. Indiquez l'heure à laquelle habituellement vous vous couchez et vous levez les jours de week-end :

Heure de coucher : Heure de lever :

16. Dormez-vous seul ?

oui non

17. En moyenne, combien de temps mettez-vous pour vous endormir après avoir éteint la lumière ?

..... heures minutes

18. Que faites-vous habituellement juste avant d'éteindre et de vous mettre au lit (lecture, télévision, bain, ...) ?

.....
.
.....
.

19. En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous durant votre sommeil ?

..... fois

20. Vous réveillez-vous trop tôt le matin et avez-vous du mal à vous rendormir ?

oui non

21. En moyenne, combien de temps restez-vous effectivement endormi(e) pendant la nuit ?

..... heures minutes

22. Comment êtes-vous réveillé le matin ?

spontanément
 réveille-matin
 autre :

23. Comment vous réveillez-vous le matin et vous levez-vous après avoir dormi ?

très difficilement
 difficilement
 quelquefois difficilement
 sans problème

24. Faites-vous la sieste ou retournez-vous au lit pendant la journée ?

oui non

25. Avez-vous des accès de somnolence pendant la journée ?

oui non

26. Est-ce que vous vous sentez mieux après beaucoup de sommeil pendant la nuit ?

oui non

27. Est-ce que vous vous sentez mieux après peu de sommeil pendant la nuit ?

oui non

28. Est-ce que vous vous sentez parfois fatigué(e) durant la journée ?

oui non

29. Vous est-il arrivé de somnoler ou d'avoir tendance à vous endormir en conduisant ?

oui non évité de peu

30. Avez-vous eu un accident de voiture dû à un assoupissement au volant ?

oui non

31. Vous arrive-t-il de vous endormir alors que vous luttez contre cet endormissement ?

oui non

Si oui, pouvez-vous décrire :

.....
.
.....
.
.....
.

Combien de temps dure cet épisode de sommeil ? heures minutes

Vous sentez-vous reposé(e) après cet épisode ? oui non

32. Vous est-il arrivé :

- de tomber subitement oui non

- d'avoir de brusques accès de faiblesse ou de paralysie musculaire ? oui non

Si oui, aviez-vous conscience de choses autour de vous ? oui non

Est-ce que la chute ou la paralysie a été provoquée par un événement particulier ? oui non

Si oui, pouvez-vous décrire ?

.....
.

.....
.
.....
.
33. Vous est-il arrivé d'avoir de brusques accès de faiblesse ou de paralysie musculaire en vous endormant ?

oui non

34. Vous est-il arrivé de voir des choses ou d'entendre des voix ou des bruits qui n'étaient pas réels :

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - en vous endormant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - pendant la nuit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - pendant un éveil durant le sommeil | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - pendant la journée | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

35. Avez-vous des difficultés pour respirer durant la nuit ?

oui non

Si oui, pouvez-vous décrire ?

.....
.
.....
.
.....
.

36. Avez-vous des difficultés pour respirer par le nez ?

oui non

Si oui, est-ce : le jour
 la nuit
 le jour et la nuit

37. Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - des amygdales | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - des végétations | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - du nez | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - des sinus | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - des cordes vocales | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - d'une autre partie de la tête ou du cou | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

38. Vous a-t-on dit que vous ronflez pendant votre sommeil ?

oui non

39. Est-ce que le ronflement dérange :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - votre partenaire (ou quelqu'un dans la même pièce) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - quelqu'un dans une pièce voisine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

40. Est-ce que votre ronflement s'est accru progressivement ?

oui non

41. Ronflez-vous chaque nuit ?

oui non

42. Est-ce qu'on vous a dit que vous ronfliez plus en dormant ?

- sur le dos oui non
- sur le côté oui non
- sur le ventre oui non
- en position assise oui non

43. Votre ronflement peut-il vous réveiller ?

oui non

44. Est-ce qu'une autre personne de votre famille ronfle ?

oui non

Si oui, décrivez brièvement et donnez le lien de famille :

.....
.
.....
.
.....
.

45. Est-ce qu'une autre personne de votre famille est connue pour avoir des problèmes de sommeil ?

oui non

Si oui, décrivez brièvement et donnez le lien de famille :

.....
.
.....
.
.....
.

46. Avez-vous un ou des problèmes de la liste ci-dessous ? (complétez alors le tableau)

	Nombre de fois par semaine	Age de début	Dernier épisode	Traitement éventuel
Parler en dormant				
Marcher en dormant				
Grincer des dents en dormant				
Transpirer en dormant				

Se réveiller en criant ou en étant effrayé				
Faire de mauvais rêves				
Avoir des mouvements inhabituels en dormant				
Se réveiller avec des maux de tête				