

Nom : *Nom de naissance* :

Prénom : *Date de Naissance* :/...../.....

Adresse :

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : Téléphone :

QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DU SOMMEIL ORL/Pneumologie

A remplir et à renvoyer au secrétariat de pneumologie (par mail secretariat.medecinea@ch-erdreloire.fr, par courrier ou en le déposant sur place) accompagné de la **demande de votre de médecin**.

1) Quels sont les symptômes évocateurs d’apnée du sommeil que vous présentez ?

La nuit :	OUI	NON
- Ronflements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pausas respiratoires constatées par l’entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Réveils nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suffocants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pour uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Impression d’un sommeil léger ou peu récupérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En journée :	OUI	NON
- Fatigue au réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Maux de tête au réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Troubles de la mémoire ou de la concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Envie de dormir en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, veuillez remplir les questions 2 et 3

Si non, passez à la question 4

2) Activité professionnelle

	OUI	NON
Exercez-vous une activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quelle profession :

Vous arrive-t-il de ressentir de la somnolence

- Sur votre lieu de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au volant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Echelle de somnolence d'Epworth

Dans les circonstances suivantes, **en journée**, avez-vous un **risque de vous endormir** ?

	0	1	2	3
Risque	Inexistant	Minime	Modéré	Important
Assis en lisant un livre ou le journal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passager d'une voiture ou transport en commun depuis au moins 1 heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé pour une sieste lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, en parlant à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis après un repas sans boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au volant d'une voiture au cours d'un arrêt de la circulation quelques minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Antécédents

	OUI	NON
Avez-vous des antécédents cardiaques ou vasculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lesquels :</i>		
Avez-vous des antécédents pulmonaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lesquels :</i>		
Avez-vous des symptômes respiratoires parmi les suivants :		
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Crachats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux ORL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lesquels :</i>		
Avez-vous des symptômes ORL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lesquels :</i>		
Êtes-vous en cours de bilan pour une chirurgie d'obésité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez renseigner votre poids et taille : Taille : Poids : kg		
	OUI	NON
Avez-vous déjà eu un enregistrement du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, quand et où :</i>		
Avez-vous déjà eu un traitement pour l'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, indiquez lequel</i> : Machine d'apnée <input type="checkbox"/> Orthèse mandibulaire <input type="checkbox"/>		
<i>Si oui, est-il toujours en cours d'utilisation ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires libres (par exemple problématiques éventuels par rapport au traitement)

.....

.....

.....