

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](mailto: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 <i>Risque Inexistant</i>	1 <i>Minime</i>	2 <i>Modéré</i>	3 <i>Important</i>
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 <b>cardiaques ou vasculaires</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lesquels :</i> .....		
Avez-vous des antécédents <b>pulmonaires</b> ?	<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 <b>médicaux ou chirurgicaux ORL</b> ?	<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"/>
<b>Veillez renseigner votre poids et taille :</b> Taille : ..... Poids : ..... kg		
	OUI	NON
Avez-vous déjà eu un <b>enregistrement du sommeil</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, quand et où :</i> .....		
Avez-vous déjà eu un <b>traitement pour l'apnée du sommeil</b> ?	<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)

.....

.....

.....