

**QUESTIONNAIRE**

Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Date de naissance :
Poids :	Taille :
Adresse :	
N° de téléphone :	Adresse mail :
Profession :	

Quels troubles du sommeil présentez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

Difficultés d'endormissement :  OUI  NON

Eveils dans la nuit :  OUI  NON

Réveil précoce le matin :  OUI  NON

Somnolence dans la journée :  OUI  NON

Autres (précisez)

Depuis combien de temps avez-vous des troubles du sommeil ?

Décrivez, en quelques lignes, vos troubles du sommeil :



Présentez-vous :

Un ronflement :  OUI  NON

Des arrêts respiratoires dans la nuit :  OUI  NON

Une somnolence dans la journée :  OUI  NON

Une gêne dans les jambes la nuit :  OUI  NON

Si oui, décrivez cette gêne :

Faites-vous la sieste ?  OUI  NON

Conduisez-vous dans le cadre de votre travail ? Si oui, combien de kms par an effectuez-vous ?

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?  OUI  NON

Si oui, précisez :

Pour pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir.

Si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en choisissant **le chiffre le plus approprié** pour chaque situation :

- 0 = ne somnolerait jamais**
- 1 = faible chance de s'endormir**
- 2 = chance moyenne de s'endormir**
- 3 = force chance de s'endormir**

Situation	Chance de s'endormir de 0 à 3
Assis en train de lire	
En train de regarder la télévision	
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt depuis 1 heure	
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	
Etant assis en parlant avec quelqu'un	
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	

En vous remerciant de l'attention que vous avez portée pour répondre à ce questionnaire.

**Professeur Hervé VESPIGNANI**  
**Directeur Médical CEREVES**