



QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU SOMMEIL

Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir ?

- Difficultés d'endormissement,
- Eveils nocturnes,
- Réveil matinal précoce,
- Impression de ne pas dormir.

Q 2. Est-ce-que cette insomnie a des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?

- Oui, précisez :** **Non**
- Vous êtes plus facilement irritable,
 - Vous vous réveillez fatigué le matin,
 - Vous êtes somnolent en journée, (Remplir l'échelle de somnolence d'Epworth)
 - Vous avez des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration,
 - Autre(s) : _____.

Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?

- Quelques nuits : insomnie occasionnelle,
- Quelques semaines : insomnie transitoire,
- Plusieurs mois ou années : insomnie chronique.

Q 4. Avez-vous un rythme de vie ou de travail décalé ?

- Oui, précisez :** **Non**
- Sommeil décalé spontanément,
 - Travail de nuit,
 - Horaires de travail irréguliers : 3x8, 2x8,
 - Voyages transmériidiens fréquents.

Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie personnelle ou professionnelle ? (qu'ils soient positifs ou négatifs)

- Oui, précisez :** **Non**
- Stress, difficultés professionnelles,
 - Deuil,
 - Conflit conjugal, familial,
 - Naissance,
 - Déménagement,
 - Promotion professionnelle,
 - Autre(s) : _____.

Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'anxiété qui envahissent votre quotidien ?

- Oui, précisez :** **Non**



Q 7. Avez-vous constaté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?

- Oui, précisez :** **Non**
- Ronflement, respiration bruyante nocturne,
 - Pauses respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint,
 - Maux de tête au réveil,
 - Sensations d'impatiences, d'agacement dans les jambes au coucher,
 - Mouvements des jambes pendant la nuit.

Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de santé ?

- Oui, précisez :** **Non**
- Pathologie cardiaque (notamment HTA), respiratoire,
 - Problèmes thyroïdiens,
 - Troubles neurologiques, psychiatriques,
 - Ménopause,
 - Des douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir,
 - Un reflux gastro-œsophagien,
 - Une autre maladie : _____

Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels)

- Oui, précisez :** **Non**
-
-

Q 10. Consommez-vous de façon régulière :

- Tabac (nombre de cigarettes par jour : _____),
- Alcool, vin (nombre de verres par jour : _____),
- Café, (nombre de tasses par jour : _____),
- Thé, (nombre de tasses par jour : _____),
- Drogues (Précisez),

Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

- Heure de coucher : en semaine __h__, en vacances __h__,
- Heure de lever : en semaine __h__, en vacances __h__,
- Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? ____ heures,
- Etes-vous :
Couche-tôt/lève-tôt, couche-tard/lève-tard, indifférent,
- Une fois couché, il vous arrive de :
Lire /écouter de la musique, Regarder la télé, Travailler, Manger
dans votre lit.

Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous déjà entrepris quelque chose seul ?
