

QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DU SOMMEIL

Vous avez reçu ce questionnaire parce que vous souffrez de troubles du sommeil.

Remplir ce document vous permettra d'identifier avec votre médecin les causes possibles de vos troubles du sommeil. Cela vous permettra de trouver les meilleures solutions.

NOM

DATE

1. INVENTAIRE DE VOTRE TROUBLE DU SOMMEIL

- Depuis combien de temps avez-vous des problèmes de sommeil ?
- Combien de temps mettez-vous à vous endormir ?
- Combien de fois vous réveillez-vous la nuit ?
- Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit ?
- Vivez-vous des conséquences négatives de la mauvaise qualité de votre sommeil ?
Si oui, précisez: (par exemple troubles de concentration, de mémoire, irritabilité, somnolence pendant la journée...).

2. VOS IDÉES, PRÉOCCUPATIONS ET ATTENTES

- Avez-vous une idée de pourquoi vous ne dormez pas bien ?
- Quelle est votre plus grande inquiétude concernant votre trouble du sommeil ?
- Qu'avez-vous déjà essayé par vous-même pour mieux dormir ?
- Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge de votre trouble du sommeil ?

3. CHERCHEZ UNE CAUSE POSSIBLE DE VOTRE TROUBLE DU SOMMEIL

	Oui	Non
Y a-t-il des changements ou des évènements récents sources d'inquiétude ?		
Souffrez-vous de sautes d'humeur ?		
Souffrez-vous d'anxiété ?		
Votre rythme veille/sommeil est-il perturbé ? (par exemple : travail posté, décalage horaire, environnement bruyant...)		
Consommez-vous des boissons alcoolisées avant le coucher ?		
Consommez-vous des drogues avant le coucher (p.ex. cannabis) ?		
Consommez-vous des boissons énergisantes avant le coucher (café, thé, coca) ?		
Fumez-vous avant d'aller dormir ?		
Prenez-vous des médicaments ?		
Avez-vous des plaintes somatiques la nuit ? (par exemple douleur, prurit, reflux acide, toux, urgences urinaires, troubles respiratoires, nez bouché, transpirations nocturnes, bouffées de chaleur, palpitations).		
Avez-vous des sensations désagréables dans les jambes ?		
Si oui :		
Augmentent-elles au repos ?		
Diminuent-elles par le mouvement ?		
Surtout la nuit ?		
Recevez-vous des remarques sur vos mouvements la nuit ?		
Recevez-vous des remarques sur des ronflements bruyants la nuit ?		

4. QUESTIONS SUR LES HABITUDES DE SOMMEIL

	Oui	Non
Vous levez-vous toujours à la même heure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température est-elle agréable dans votre chambre à coucher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre chambre à coucher est-elle suffisamment aérée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre chambre à coucher est-elle suffisamment obscure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous actif en journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un rituel de coucher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangez-vous léger ou lourd le soir ? (entourer la bonne réponse)	<input type="checkbox"/>	
Allez-vous dormir quand vous êtes fatigué(e) ou quand il est temps ? (entourer la bonne réponse)	<input type="checkbox"/>	
Restez-vous encore au lit lorsque vous mettez plus de 20 minutes à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regardez-vous souvent l'heure la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisez-vous au lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regardez-vous la télévision ou des écrans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous une sieste la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous du sport avant d'aller dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>