

Hôpital Jean Jaurès  
9-21 Sente des Dorées 75019 Paris  
**Tél.** 0 805 620 100 (numéro vert gratuit)  
**Email** cereves-jaures@serenitymedical.fr  
**Site web** www.paris-jaures.cereves.fr

**Madame, Monsieur,**

Vous disposez d'une prescription pour une polysomnographie ou pour une consultation médicale consacrées aux troubles du sommeil. Nous vous remercions de bien vouloir **compléter ce questionnaire** et d'y **associer les documents suivants** :

- ✔ **Le questionnaire.**
- ✔ **La prescription du médecin.**
- ✔ **La copie (recto/verso) de votre ordonnance** si vous prenez un traitement tous les jours.
- ✔ **La copie de votre carte d'identité** (recto/verso), passeport ou titre de séjour.
- ✔ **La copie de votre attestation de Sécurité Sociale** (disponible sur ameli.fr), CMU ou carte vitale.
- ✔ **La copie (recto/verso) de la carte mutuelle.**

Les documents peuvent nous être communiqués par e-mail ou par voie postale. **Toute demande incomplète ne sera pas traitée.**

Une fois la demande réceptionnée celle-ci sera **traitée par l'un des médecins du service dans un délai de 15 jours**. Puis vous serez contacté(e) pour une proposition de rendez-vous par e-mail ou par téléphone. **Inutile de nous contacter durant cet intervalle.**

## Informations personnelles

**Date du questionnaire :** /  / **Nom de famille usuel :****Prénom :****Poids :****Sexe :** F  M**Adresse (bâtiment, rue) :**  
  
  
**Tél. personnel :****Nom de naissance :****Date de naissance :** /  / **Taille :****Code postal :****Ville :****E-mail :****Occupez-vous un poste de sécurité et/ou conduisez-vous un véhicule dans le cadre de votre activité professionnelle ?** Oui  Non**Médecin qui vous envoie :**

- Nom / Prénom :

- Code postal / Ville :

**Médecin traitant habituel :**

- Nom / Prénom :

- Code postal / Ville :

Merci de répondre à toutes les questions.

## Information sur votre sommeil

### Quel est le motif de votre demande ? Qu'est-ce qui vous gêne le plus ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Êtes-vous fréquemment sujet à des comportements inhabituels au cours de votre sommeil (par exemple: somnambulisme, parler/crier, donner des coups de poing, etc.) ?

Non      Oui, précisez :

.....

.....

.....

### Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?

Non : Je ne sais pas

Oui : presque toutes les nuits (6 à 7 nuits par semaine)

Oui : souvent (4 ou 5 nuits par semaine)

Oui : parfois (2 ou 3 nuits par semaine)

Oui : mais rarement (1 nuit par semaine ou moins).

Merci de répondre à toutes les questions.

## Information sur votre sommeil

**Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ?**

Oui Non

**Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?**

Oui Non

**Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé de ressentir des sensations désagréables dans les jambes** (agacements, énervements, impatiences, engourdissements, picotements, électricité, torsions,...) **associées à une envie irrésistible de bouger les jambes ?**

Oui Non

**Ces sensations surviennent-elles ou s'aggravent-elles le soir au coucher ou la nuit ?**

Oui Non

**Ces sensations surviennent-elles ou s'aggravent-elles durant les périodes de repos ou d'inactivité** (au théâtre, au cinéma, dans le canapé, dans le lit..) ?

Oui Non

**Ces sensations sont-elles soulagées, même de façon transitoire, par le mouvement ?**

Oui Non

Merci de répondre à toutes les questions.

## Évaluation de la qualité du sommeil

En pensant à une nuit typique du dernier mois...

<b>En combien de temps vous endormez-vous?</b>	0-15 min.	16-30 min.	31-45 min.	46-60 min.	sup-60 min.
<b>Si par la suite vous vous réveillez pendant la nuit, en combien de temps vous rendormez-vous ?</b>	0-15 min.	16-30 min.	31-45 min.	46-60 min.	sup-60 min.
<b>Combien de nuits par semaine avez vous un problème avec votre sommeil ?</b>	0-1	2	3	4	5-7
<b>Comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil ?</b>	Très bonne		Bonne	Moyenne	
	Pauvre		Très pauvre		

En pensant au dernier mois, à quel point la mauvaise qualité du sommeil...

<b>A affecté votre humeur, énergie, ou vos relations ?</b>	Pas du tout	Un peu	Moyen
	Beaucoup	Extrêmement	
<b>A affecté votre concentration, productivité, ou capacité à rester éveillé ?</b>	Pas du tout	Un peu	Moyen
	Beaucoup	Extrêmement	
<b>Vous a perturbé de façon générale ?</b>	Pas du tout	Un peu	Moyen
	Beaucoup	Extrêmement	

Finalement...

<b>Depuis combien de temps avez vous un problème avec votre sommeil ?</b>	Je n'ai pas de problème ou < 1 mois	1-2 mois	3-6 mois	7-12 mois	> 1 an
---	-------------------------------------	----------	----------	-----------	--------

Réservé au médecin

**TOTAL**  
de 0 à 32

Merci de répondre à toutes les questions.

## Évaluation de la somnolence

### Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent, et pas seulement fatigué, dans une des situations suivantes ?

Cette question fait référence à votre vie sur les mois derniers.

Si vous ne vous êtes pas trouvé dans l'une de ces situations, imaginez comment elle aurait pu vous affecter. Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié à chaque situation.

- 0** Je ne suis jamais somnolent                      **2** Chance moyenne de m'endormir  
**1** Faible chance de m'endormir                      **3** Forte chance de m'endormir

Assis en lisant un livre ou le journal.	0	1	2	3
En regardant la télévision.	0	1	2	3
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente).	0	1	2	3
Si vous êtes passager d'une voiture pendant un trajet d'une heure.	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent.	0	1	2	3
Assis, en parlant avec quelqu'un.	0	1	2	3
Assis, tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée.	0	1	2	3
Au volant de la voiture, lors d'un arrêt de la circulation de quelques minutes.	0	1	2	3

Réservé au médecin

**TOTAL**  
de 0 à 24

Merci de répondre à toutes les questions.

## Évaluation de l'humeur

**Veillez répondre à chacune des questions en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation :**

Au cours des deux dernières semaines à quelle fréquence avez vous été dérangé par les problèmes suivants ?

**0** Jamais

**2** Plus de la moitié du temps

**1** Plusieurs jours

**3** Presque tout les jours

Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	0	1	2	3
Vous sentir triste, déprimé ou désespéré.	0	1	2	3
Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir.	0	1	2	3
Peu d'appétit ou trop d'appétit.	0	1	2	3
Mauvaise perception de vous-même, perception d'être un perdant ou de ne pas satisfaire vos attentes ou celle de votre famille.	0	1	2	3
Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes l'ont remarqué. Ou, vous êtes si agité que vous bougez plus que d'habitude.	0	1	2	3
Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.	0	1	2	3

Réservé au médecin

**TOTAL**  
de 0 à 24

**Si vous avez coché au moins une case différente que 0, comment ce problème a rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre entente avec les autres ?**

Pas du tout  
difficile

Plutôt difficile

Très difficile

Extrêmement  
difficile

Merci de répondre à toutes les questions.

## Maladies associées et autonomie

**Êtes-vous traité** (ou avez-vous déjà été traité/hospitalisé) **pour les maladies suivantes**  
(plusieurs choix possibles):

Dépression

Anxiété

Hyperthyroïdie

Hypothyroïdie

Épilepsie

Sclérose en plaques

Autres, précisez :

Bronchite chronique,  
asthme

Excès de cholestérol

Diabète

Hypertension artérielle

Infarctus du myocarde  
ou angine de poitrine

Accident vasculaire  
cérébral (AVC)

Fibrillation auriculaire,  
trouble du rythme  
cardiaque

Insuffisance cardiaque

**Avez-vous besoin d'aide pour comprendre le français ?**

Non

Oui

**Avez-vous besoin d'aide pour effectuer certains gestes de la vie quotidienne**

(faire la toilette par exemple) ?

Non

Oui, précisez :