



Questionnaire ronflement et qualité de sommeil

Date du questionnaire :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille : seul en couple

Avez-vous un membre de votre famille présentant un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui Non qui ?.....

Profession :

Nom et adresse du médecin traitant :

Quel est le motif principal de consultation ?

Ronflement Troubles du sommeil Autre :

A- Habitudes de sommeil

*Les questions suivantes concernent vos **habitudes de sommeil**. Répondez, s'il vous plaît, selon vos observations des **trois derniers mois**.*

1. Quels sont vos horaires habituels de sommeil ?

	Heure de coucher	Heure de lever
En période d'activité h..... mn h..... mn
En période de repos h..... mn h..... mn

2. Quelles sont vos horaires de travail ?

..... h..... mn h..... mn

3. Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Jamais rarement souvent tous les soirs

4. Ronflez-vous ?

Jamais rarement souvent tous les soirs

A quel âge vous a-t-on signalé pour la première fois ce ronflement ? ans

Ce ronflement est-il gênant pour votre entourage ? oui non

Ce ronflement est-il influencé par votre position ? oui non

5. **Avez-vous souvent le nez bouché ?** oui non

Si oui, en permanence uniquement la nuit d'un coté de chaque coté

6. **Avez-vous des épisodes d'écoulement nasal ?**
en permanence uniquement de façon saisonnière

7. **Vous a-t-on signalé la survenue de pauses de la respiration pendant votre sommeil ?**
 jamais rarement souvent toujours

8. **Vous réveillez-vous au cours de la nuit ?**
 jamais rarement souvent toutes les nuits

9. **Vous levez-vous la nuit pour uriner ?**
 jamais 1 fois 2 fois 3 fois ou plus

10. **Vous arrive-t-il de vous réveiller le matin en ayant mal à la tête ?**
 jamais rarement souvent toujours

11. **Avez-vous l'impression d'avoir un sommeil non récupérateur ?**
 jamais rarement souvent toujours

B- Qualité de vie pendant la journée

12. **Au cours de la journée, vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir ?**

Pour chacune des situations suivantes, indiquez le chiffre qui correspond à la fréquence de cette somnolence.

0 = ne somnole jamais

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situations :

	Chiffre			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	<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 endroit public (au théâtre, en réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi pour se reposer si les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, au calme, après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	total : _____			

13. **Avez-vous l'impression d'avoir une meilleure qualité de sommeil le week end ou en vacances ?**
 jamais rarement souvent toujours

14. **Avez-vous des troubles de la mémoire ou de l'attention ?**

jamais rarement souvent toujours

15. Vous sentez-vous dépressif ?

jamais rarement souvent toujours

16. Avez-vous des fourmillements dans les jambes qui vous obligent à bouger? oui non

17. Donnez-vous des coups de pied à votre conjoint dans le lit ? oui non

18. Grincez-vous des dents la nuit, ou avez-vous des douleurs aux mâchoires au réveil ?

oui non

19. Avant de vous endormir ou au réveil, avez-vous des hallucinations ? oui non

20. Avant de vous endormir ou au réveil avez-vous l'impression d'être totalement paralysé ? oui non

21. Lors d'une émotion, d'un rire, d'une surprise, sentez-vous :

- vos jambes se dérober ? oui non
- votre tête tomber ? oui non
- la mâchoire tomber ? oui non
- une faiblesse d'une partie de votre corps oui non

22. Avez-vous déjà eu ou évité un accident de voiture lié à l'endormissement ? oui non

23. Pensez vous avoir une diminution de la libido oui non

C- Etat général

24. Quel est votre poids actuel ? kg

25. Quel était votre poids ?

A l'âge de 20 ans kg

Il y a 2 ans kg

Maximum kg

26. Quelle est votre taille ? cm

27. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? oui non

Combien fumez-vous ou avez-vous fumé en moyenne : cigarettes/jour

Depuis combien d'années :

28. Prenez-vous des médicaments pour dormir (tranquillisants ou somnifères) ?

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :

jamais rarement souvent toujours

29. Prenez-vous des médicaments autres que des tranquillisants ou des somnifères ?

Si oui, veuillez préciser le nom et la quantité :

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :

jamais rarement souvent toujours

30. Quelle quantité de boissons alcoolisées (vin, bière, etc...) buvez-vous en moyenne par jour ?

.....
.....

D- Précisez vos antécédents

Antécédents ORL :

Avez-vous été opéré :

- des amygdales oui non
- des végétations oui non
- du voile du palais oui non
- d'une déviation de cloison nasale oui non
- d'une cautérisation de cornets oui non
- des sinus oui non
- Autres :.....

Autres antécédents :

Présentez-vous ou avez-vous présenté ou eu :

- une hypertension artérielle oui non
- un angor ou un infarctus du myocarde oui non
- des troubles du rythme cardiaque oui non
- un accident vasculaire cérébral oui non
- un asthme oui non
- une bronchite chronique oui non
- un épisode de dépression oui non
- un diabète oui non
- une hypercholestérolémie oui non
- une hypothyroïdie oui non
- un reflux gastro-oesophagien oui non
- un ulcère gastrique oui non
- un traitement pour redresser les dents avec extraction dentaire oui non
- des douleurs au niveau des des mâchoires oui non
- une luxation de la mâchoire oui non
- des gouttières pour des grincements de dents oui non
- autres oui non

E- Autres précisions