

QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DU SOMMEIL

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

Remplir cette liste 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 souffrez-vous d'insomnie?
- 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 pour la prise en charge de votre trouble du sommeil?

3. CHERCHER UNE CAUSE POSSIBLE DE VOTRE TROUBLE DU SOMMEIL

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

4. QUESTIONS SUR LES HABITUDES DE SOMMEIL

Est-ce que vous vous levez toujours à la même heure?	Oui	Non
La température est-elle agréable dans votre chambre à coucher?	Oui	Non
Est-ce que votre chambre coucher est suffisamment aérée?	Oui	Non
Est-ce que votre chambre à coucher est suffisamment occultée?	Oui	Non
Etes-vous actif en journée?	Oui	Non
Avez-vous un rituel de coucher?	Oui	Non
Manger vous léger ou lourd le soir? (encercler la bonne réponse)		
Allez-vous coucher quand vous êtes fatigué ou quand il est temps? (encercler la bonne réponse)		
Restez-vous encore au lit lorsque vous mettez plus de 20 minutes à vous endormir?	Oui	Non
Regardez-vous souvent l'heure la nuit?	Oui	Non
Lisez-vous au lit?	Oui	Non
Regardez-vous la télévision ou des écrans la nuit?	Oui	Non
Faites-vous une sieste la journée?	Oui	Non
Faites-vous du sport avant d'aller dormir?	Oui	Non