

QUESTIONNAIRE DES PROBLÈMES DE SOMMEIL

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

Remplir cette liste vous permettra d'identifier avec votre médecin les causes possibles de vos problèmes de sommeil. Cela vous permettra de trouver les meilleures solutions.

NOM

DATE

1. INVENTAIRE DE VOS PROBLÈMES DE SOMMEIL

- Depuis combien de temps avez-vous ces 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 vos problèmes de sommeil ?
- Qu'avez-vous déjà essayé par vous-même pour mieux dormir ?
- Quelles sont vos attentes pour la prise en charge de vos problèmes de sommeil ?

3. CHERCHER UNE CAUSE POSSIBLE DE VOS PROBLÈMES DE 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 (par exemple, 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 :		
Augmenté au repos ?		
Diminuent-elles par le mouvement ?		
Surtout la nuit ?		
Vous fait-on des remarques sur vos mouvements pendant votre sommeil ?		
Vous fait-on 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 ?		
La température est-elle agréable dans votre chambre à coucher ?		
Votre chambre coucher est suffisamment aérée ?		
Votre chambre à coucher est suffisamment occultée ?		
Etes-vous actif en journée ?		
Avez-vous un rituel de coucher ?		
Manger-vous léger ou lourd le soir ? (entourer la bonne réponse)		
Allez-vous dormir quand vous êtes fatigué(e) ou quand il est temps ? (entourer la bonne réponse)		
Restez-vous encore au lit lorsque vous mettez plus de 20 minutes à vous endormir ?		
Regardez-vous souvent l'heure la nuit ?		
Lisez-vous au lit ?		
Regardez-vous la télévision ou des écrans la nuit ?		
Faites-vous une sieste la journée ?		
Faites-vous du sport avant d'aller dormir ?		