

# Questionnaire sur les troubles du sommeil

Remplir cette liste vous permettra d'identifier avec votre médecin les causes possibles de vos troubles du sommeil, et de trouver des solutions à long terme.

## **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 événements 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 ex : décalage horaire, environnement bruyant...)	Oui	Non
Consommez-vous des boissons alcoolisées avant le coucher ?	Oui	Non
Consommez-vous des drogues avant le coucher (par ex : 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 ex : 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 :		
Augmentées au repos ?	Oui	Non
Diminuées 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 à coucher est suffisamment aérée ?	Oui	Non
Est-ce que votre chambre à coucher est suffisamment occultée ?	Oui	Non
Êtes-vous actif en journée ?	Oui	Non
Avez-vous un rituel de coucher ?	Oui	Non
Mangez-vous léger ou lourd le soir ? (encercler la bonne réponse)		
Allez-vous vous coucher quand vous êtes fatigué ou quand il est temps ? (encercler la bonne réponse)		
Restez-vous 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