



Evaluation des troubles du sommeil

(à remplir avant la consultations)

Nom :

Date :

Prénom :

Date de naissance :

Mon problème actuel est :

Je souffre (ou ai souffert) des problèmes de santé suivants (maladie ou opération, date) :

1)

2)

3)

4)

Je prends les médicaments suivants :

1)

4)

2)

5)

3)

6)

Echelle de somnolence (Epworth) :

Quelle est la probabilité que vous vous assoupissiez ou que vous vous endormiez dans les conditions suivantes ? Pensez à votre façon de vivre habituelle. Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé dans de telles circonstances, imaginez votre réaction.

Utilisez l'échelle ci-dessous pour choisir le nombre le plus approprié à chaque situation :

0 = pas de risque de s'assoupir.

1 = petite chance de s'assoupir.

2 = possibilité moyenne de s'assoupir

3 = grande chance de s'assoupir.

| | Score | | | |
|---|-------|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Assis en lisant | | | | |
| En regardant la télévision | | | | |
| Assis inactif en public (par exemple au cinéma, théâtre, réunion...) | | | | |
| Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt | | | | |
| En s'allongeant pour faire la sieste l'après-midi si les circonstances le permettent- | | | | |
| Assis en discutant avec quelqu'un | | | | |
| Assis tranquillement après un repas sans alcool | | | | |
| Au volant, après quelques minutes d'arrêt lors d'un embouteillage. | | | | |
| Total | | | | |

