

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A RETOURNER DES QUE POSSIBLE
AVEC ORDONNANCE DE L'EXAMEN

Secrétariat Unité du sommeil : Tel : 03 44 61 34 34

Modalités de transmission des documents :

Par voie postale :

Hôpital Les Jockeys
Service Unité du Sommeil
12 avenue du Général Leclerc
60270 GOUVIEUX

ou Par messagerie sécurisée :

Pour tout document confidentiel ou sensible
(données médicales ou identité), merci d'utiliser
la messagerie sécurisée **Bluefiles** en déposant
vos fichiers via la page de dépôt sécurisée

Accessible **Via le QR Code ou**

<https://bluefiles.com/santnumeriquehdf/hopital-de-chantilly-les-jockeys-sm-us>



Date du questionnaire :

Date de l'examen :

NOM : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

Adresse :

Tel personnel : Tel Professionnel :

Adresse mail :

Profession : Poids : Taille :

Mode de vie : ☐ Célibataire ☐ En couple Nombre d'enfants :

Identité et téléphone de la personne à prévenir :

MEDECIN QUI VOUS ENVOIE

Docteur

Adresse :

.....

.....

MEDECIN TRAITANT HABITUEL

Docteur

Adresse :

.....

.....

Si vous êtes à 100%, merci de nous dire pour quelle pathologie :

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

VOS ANTECEDENTS MEDICAUX

	Oui	Non
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	☐	☐
Souffrez-vous d'une insuffisance cardiaque ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu un infarctus du myocarde ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale (attaque vasculaire cérébrale) ?	☐	☐
Avez-vous du diabète ?	☐	☐
Souffrez-vous d'hypercholestérolémie ?	☐	☐
Fumez-vous ?	☐	☐
Si vous avez arrêté, ce depuis quand ?		
Avez-vous déjà fait une (plusieurs) dépression(s) nerveuse(s) ?	☐	☐
Si oui en quelle(s) année(s) ?		

Autres problèmes de santé ?

.....

.....

.....

.....

Faites la liste de TOUS les médicaments que vous prenez actuellement :

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà réalisé un enregistrement du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non

Dans ce cas, merci de joindre une copie des résultats et les coordonnées du médecin consulté

Etes-vous appareillé pour les apnées du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : avec quel appareil ? Quel est votre prestataire ? Quel est le médecin qui assure votre suivi ?

.....

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

VOTRE SOMMEIL

Quel est votre principal symptôme :

- ☐ Difficulté à vous endormir
- ☐ Réveils nocturnes fréquents et prolongés
- ☐ Réveil trop précoce
- ☐ Somnolence dans la journée
- ☐ Somnambulisme
- ☐ Fatigue dans la journée
- ☐ Autre : précisez

2. Depuis combien de temps souffrez-vous ?

- ☐ Moins d'un an ☐ 2 à 5 ans ☐ Plus de 10 ans

3. Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Tous les soirs

4. Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

- ☐ Non ☐ Oui lesquels

5. Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit pendant plus d'une heure ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Toutes les nuits

6. Ressentez-vous, en fin de journée, des sensations désagréables dans les jambes qui vous forcent à bouger (impatiences) ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Tous les soirs

7. Avez-vous des difficultés pour vous réveiller le matin :

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Tous les matins

8. Ronflez-vous ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Toutes les nuits

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

9. Vous a-t-on signalé la survenue de pauses respiratoires pendant votre sommeil ?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Toutes les nuits

10. Vous arrive-t-il, d'avoir une chute de la tête, une faiblesse d'un membre ou de fléchir les genoux lorsque vous ressentez une vive émotion, lors d'un éclat de rire ?

☐ Oui ☐ Non

11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

	Heure de coucher	Heure de lever
En semaine	h.....min	h.....min
Le week-end	h.....min	h.....min

De combien d'heures de sommeil avez-vous naturellement besoin pour être en forme le lendemain (durée de sommeil habituelle à partir de la 2^{ème} semaine de vacances).....

Dormez-vous

sur le ventre	☐
Sur le dos	☐
Sur le coté	☐

12. Travaillez-vous en horaires décalés ou de nuit ?

☐ Oui ☐ Non

13. Comment jugez-vous votre moral actuel ?

☐ Excellent ☐ Bon ☐ Bon mais avec des Coups de cafards ☐ Pas très bon

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

SOMNOLENCE

Etes-vous obligé de faire des siestes dans la journée ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement ou que le week-end
- ☐ Parfois en semaine à la pause de midi
- ☐ Souvent en semaine, sur mon lieu de travail

Ces siestes sont-elles rafraichissantes ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Souvent, mais pas toujours
- ☐ Le plus souvent

Vous arrive-t-il de vous endormir véritablement malgré votre volonté de rester éveillé ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement (*une fois par mois*)
- ☐ Souvent (*plusieurs fois par semaine*)
- ☐ Presque tous les jours

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir involontairement sur votre lieu de travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir involontairement alors que vous étiez actif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quelle est la situation la plus inattendue dans laquelle vous vous êtes endormi (ex : en téléphonant)

Vous est-il déjà arrivé de vous endormir au volant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Autres remarques concernant vos problèmes de sommeil :

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

Echelle de somnolence d'EPWORTH

Johns MW (1991) A new method for measuring daytime sleepiness/ The Epworth Sleepiness Scale.

Sleep 14 :540-545

Date du questionnaire :

NOM :

PRENOM :

NOM DE NAISSANCE *si différent* :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayé d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation.

0 = jamais d'assoupissement

1 = Peu de chance de s'assoupir

2 = bonne chance de s'assoupir

3 = Très forte chance d'assoupissement

Exemple : si le risque de vous endormir « assis(e) en lisant un livre ou le journal » est modéré cochez : 2 ☐

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Assis(e) en lisant un livre ou le journal | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 2. En regardant la télévision | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 3. Assis(e), inactif(ve), dans un lieu public
(Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion....) | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 5. Allongé(e) après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 6. Assis(e) en parlant avec quelqu'un | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |
| 8. Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage | 0 ☐ | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ |

Total :

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

Questionnaire : CES-D

CENTER OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE

Radloff LS. 1977/Traduction française : Fuhrer R. Rouillon, F

Consigne : Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste, durant la semaine écoulée ? Pour répondre, entourez le chiffre correspondant à la fréquence.

0/Jamais, très rarement (moins d'un jour)**1**/Occasionnellement (1 à 2 jours) **2**/Assez souvent (« 2 à 4 jours)

3/ Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours).

(Durant la semaine écoulée : mettez une réponse pour chaque ligne)

	Jamais, très rarement	Occasionnelle ment	Assez souvent	Fréquemment tout le temps
1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui, d'habitude, ne me dérangent pas	0	1	2	3
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	1	2	3
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.	0	1	2	3
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.	0	1	2	3
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.	0	1	2	3
8. J'ai été confiant(e)	0	1	2	3
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	0	1	2	3
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	1	2	3
11. Mon sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
12. J'ai été heureux(se)	0	1	2	3
13. J'ai parlé moins que d'habitude	0	1	2	3
14. Je me suis senti(e) seul(e)	0	1	2	3

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

	Jamais, très rarement	Occasionnelle ment	Assez souvent	Fréquemment tout le temps
15. Les autres ont été hostiles envers moi	0	1	2	3
16. J'ai profité de la vie	0	1	2	3
17. J'ai eu des crises de larmes	0	1	2	3
18. Je me suis senti(e) triste	0	1	2	3
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	1	2	3
20. J'ai manqué d'entrain	0	1	2	3

Référence : **PAR089**
Version : 1 Date : 23/02/2026

Echelle de fatigue PICHOT

Date du questionnaire :

NOM : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE:

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celle qui correspondant le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4.

0/Pas du tout

1/Un peu

2/Moyennement

3/Beaucoup

4/Extrêmement

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Extrêmement
Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
Tout demande un effort	0	1	2	3	4
Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué, lourd et raide	0	1	2	3	4

TOTAL (sur 32) :

.....

NB : Ce questionnaire aide à mesure votre niveau général de Fatigue et n'établit pas de diagnostic. Apportez- le à votre médecin pour discuter des causes et des conséquences de cette fatigue dans votre vie.