



Bonjour,

Vous avez prochainement votre premier rendez-vous concernant votre sommeil.

Afin de préparer cette consultation au mieux, merci d'imprimer et de remplir ce document et de l'apporter lors de votre rendez vous.

Imprimez également l'agenda du sommeil et commencez à le remplir 2 semaines avant votre rendez-vous.

Dr Andrea Poppelier
35 rue nationale
17250 Saint Porchaire
05 46 95 54 45

Échelle de somnolence d'Epworth

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

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant **le chiffre le plus approprié** pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance se d'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif dans un lieu public(cinéma, réunion, théâtre)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Etant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

Total

Échelle HAD

Entourez la proposition qui vous correspond au mieux sur les 2-3 dernières semaines.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Score HAD

Additionnez les points des réponses :

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses :

2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Questions d'ordre général :

Normalement, vers quel heure vous couchez vous ?

Vous endormez vous de suite ?

A quel heure vous levez vous le matin ?

Quels sont vos horaires de travail ?

Consommez vous :

Tabac	OUI	NON
Alcool	OUI	NON
Cannabis	OUI	NON

Quels traitements prenez vous ?

Prenez vous :

des antidépresseurs	OUI	NON
des antalgiques	OUI	NON
des somnifères	OUI	NON