

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH (5)

Question:

Dans quelle mesure seriez-vous susceptible de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes?

Cette question porte sur votre mode de vie habituel ces derniers temps. Essayez d'imaginer comment certaines des situations décrites ci-dessous vous affecteraient, même si vous ne les avez pas vécues récemment. Choisissez un chiffre sur l'échelle ci-dessous qui correspond le mieux à chaque situation.

Échelle:

- 0 = je ne m'endormirais jamais
- 1 = faible probabilité de m'endormir
- 2 = probabilité modérée de m'endormir
- 3 = forte probabilité de m'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis (e) en train de lire	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
Assis(e), inactif(ve) dans un lieu public (par ex. théâtre ou réunion)	0	1	2	3
Passager dans une voiture pendant une heure sans interruption	0	1	2	3
Allongé(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Assis(e) en train de parler avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis(e) tranquillement après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture, immobilisé(e) pendant quelques minutes	0	1	2	3

Questionnaire étude du sommeil

La veille de l'étude du sommeil

1. Combien d'heures avez-vous dormi cette nuit? heures.
2. Cela a-t-il été suffisant? Oui / Non
3. Avez-vous fait une sieste aujourd'hui? Oui / Non
Si oui : Quand? Combien de temps?
4. Notez ci-dessous les médicaments que vous avez pris aujourd'hui + l'heure de la prise:
.....
.....
.....
.....
5. Consommez-vous de l'alcool ? Jamais / Rarement / Parfois / Souvent
6. Avez-vous bu de l'alcool, du café, du thé ou du cola aujourd'hui?
Si oui: Quoi?
Quand?
En quelle quantité?
7. À quelle heure vous couchez-vous habituellement?

Matin après l'étude du sommeil

1. Combien de temps pensez-vous avoir mis pour vous endormir après avoir éteint la lumière?
..... minutes.
2. Par rapport à d'habitude, cela a été:

beaucoup plus long / plus long / pareil / plus court / beaucoup plus court
3. Combien d'heures pensez-vous avoir dormi cette nuit? heures.
4. Par rapport à d'habitude, cela a été:

beaucoup plus long / plus long / pareil / plus court / beaucoup plus court
5. Combien de fois vous souvenez-vous être réveillé(e) cette nuit? fois.

6. Votre sommeil a-t-il été perturbé cette nuit? Oui Non

Si oui, expliquez:

.....
.....
.....

7. Comment vous sentez-vous ce matin?

très fatigué(e) et somnolent(e) / réveillé(e), pas encore reposé / reposé(e) / en pleine forme

8. Par rapport à d'habitude, c'est:

beaucoup moins bien / moins bien / identique / pire / beaucoup pire

9. Qu'est-ce qui vous a réveillé(e) ce matin?

.....
.....
.....

10. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre sommeil de cette nuit par rapport à celui que vous avez chez vous?

beaucoup moins bien / moins bien / pareil / mieux / beaucoup mieux

11. Avez-vous d'autres remarques?

.....
.....

Évaluation CPAP

Question	Réponse
Fatigue	
Ronflement	
Problèmes nasaux	
Problèmes liés au masque	

Questionnaire sur le traitement par CPAP

1. Dormez-vous mieux depuis le début du traitement par CPAP?

Oui Non Pareil

2. Vous sentez-vous moins fatigué(e) depuis le début du traitement par CPAP?

Oui Non

3. Ronflez-vous encore lorsque vous portez le CPAP?

Oui Non Je ne sais pas

4. Avez-vous encore des arrêts respiratoires lorsque vous portez le CPAP?

Oui Non

5. Avez-vous moins besoin d'uriner la nuit depuis le début du traitement par CPAP?

Oui Non Pareil

6. Avez-vous des problèmes nasaux?

Oui Non

7. Avez-vous la gorge ou la bouche sèche?

Oui Non

8. Votre masque est-il confortable?

Oui Non

9. Ressentez-vous une gêne liée à la pression insufflée?

Oui Non

10. Avez-vous d'autres remarques?

Oui Non

.....

.....

Données CPAP

Pression	
Masque	
Compteur d'heures	
>4 h/semaine - >4 h/30 jours	
Nombre moyen d'heures par jour	
AHI	
CAI	
Fuite	