

Madame, Monsieur

Vous êtes déjà traité par une PPC pour un syndrome d'apnées du sommeil et vous venez en consultation chez le docteur Mullens

La consultation ne sera possible que si vous amenez **TOUTES** les informations suivantes

**Le courrier de votre médecin traitant** qui explique les symptômes de départ avant l'appareillage et le motif actuel de consultation.

**L'enregistrement détaillé de départ** (à demander à votre médecin traitant ou à votre médecin prescripteur de la PPC).

Quel est le nom du médecin prescripteur de la PPC : \_\_\_\_\_

Quel est le nom de la société prestataire de la PPC : \_\_\_\_\_

**Demandez à votre médecin prescripteur de la PPC**

Date de l'examen de départ	
Indice d'apnées/hypopnées de départ	
Les symptômes AVANT l'appareillage	
Ronflement	OUI - NON
Céphalées matinales	OUI - NON
Nycturie	OUI - NON
HTA	OUI - NON
Vigilance réduite	OUI - NON
Troubles de la libido	OUI - NON
Score de somnolence d'Epworth	
Date de l'appareillage	
Le type de pression	CONTANTE – AUTO-PILOTEE - AUTOASSERVIE
Le type de masque	NASAL – FACIAL - NARINAIRE
La <b>durée quotidienne</b> d'utilisation de la machine sur 1 an ou depuis le début si moins de 1 an	
La pression actuelle	
L'indice d'apnées sous PPC	

- Les consultations et les examens en rapport avec la PPC : date, conclusions
- Le relevé **détaillé** des éventuels enregistrements pratiqués depuis le début du traitement

**Un avis ORL récent**

**Demandez au prestataire de vous faire parvenir un relevé machine** détaillé récent datant d'une semaine et reprenant le suivi depuis le début ou depuis 1 an et l'amener lors de votre consultation

**Remplissez les questionnaires ci-après**

**AMENEZ VOTRE APPAREIL, VOTRE MASQUE, CETTE LETTRE ET LES QUESTIONNAIRES COMPLETES** lors de la consultation

Tout dossier incomplet nécessitera de reporter la consultation

Merci de votre compréhension

*Docteur Eric Mullens*

*Le sommeil et sa pathologie*

<http://eric.mullens.free.fr>

## Questionnaire d'adaptation au traitement des apnées du sommeil

Nom :

Prénom :

Date :

Entourez la bonne réponse

<b>Comment vous sentez-vous sous traitement ?</b>	Très bien	Bien	Mal	Très mal
<b>A quelle fréquence utilisez-vous votre PPC ?</b>	Tous les jours	Tous les jours sauf le week end	Moins de 5 jours par semaine	
<b>Durée d'utilisation quotidienne de votre PPC ?</b>	Moins de 3h	De 3h à 5h	Plus de 5h	
<b>Utilisez-vous votre appareil pendant la sieste ?</b>	Oui	non		

### Quels résultats, bénéfiques ou non, avez-vous constaté ?

Mettez une croix dans la case

	Le problème a disparu	Je constate une amélioration	Je ne constate aucune amélioration	Je n'ai jamais eu ce problème	Ce problème est apparu sous PPC
<b>Au niveau des ronflements</b>					
<b>Au niveau des apnées</b>					
<b>Au niveau de la somnolence</b>					
<b>Sensation de fatigue</b>					
<b>Sensation de nervosité, irritabilité</b>					
<b>Se lever pour uriner</b>					
<b>Mauvaise qualité du sommeil</b>					
<b>Troubles de concentration et de mémoire</b>					
<b>Gêne dans la vie professionnelle</b>					
<b>Gêne dans la vie sociale</b>					
<b>Gêne dans les relations avec l'entourage</b>					

## Rencontrez-vous les problèmes suivants ?

Mettez une croix dans la case

	Je ne rencontre pas ce problème	Modéré	Important	Très important
Fuite d'air				
Déplacement du masque				
Blessures causées par le masque				
Irritation des yeux				
Écoulement nasal, éternuements				
Sècheresse nasale et/ou buccale				
Maux de gorge				
Sensation d'avaler de l'air la nuit				
Gêne lors de l'endormissement				
Réveil causé par la pression trop élevée				
Gêne pour le conjoint				

## A quel niveau êtes-vous satisfait ou mécontent de votre machine ?

Mettez une croix dans la case

	Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent
Stabilité et étanchéité du masque				
Confort du masque				
Mise en place du masque et du harnais				
Niveau sonore de la fuite du masque				
Niveau sonore de la machine				
Poids de la machine				
Encombrement de la machine				

**Avez-vous des observations ?**

- 
- 
- 

\*\*\*\*\*  
**Votre entourage (conjoint, partenaire ....) est-il ?**

Très satisfait – Satisfait – mécontent – très mécontent

**A-t-il des observations à faire ?**

- 
-

## QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

Date du questionnaire : .....

Envoyé par le docteur : .....

Adresse du médecin : .....

NOM : ..... Prénom.....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse .....

.....

Tél. Dom. .... Tél. Prof..... Port: .....

Profession : .....

Vit seul                       en couple                      Nbre d'enfants : .....

### SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

**OUI**

**Avez-vous une Insomnie ?** .....

Si oui, c'est une insomnie plutôt :

- d'endormissement .....
- de milieu de nuit .....
- de fin de nuit .....
- Sensation de ne pas dormir .....

### **Somnolence excessive ou accès d'endormissement**

- Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ? .....
- Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée ? .....
- Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) de la circulation ou de travail  
lié(s) à la somnolence ? .....
- Si oui, combien ?.....

### **Si vous avez un sommeil décalé, est-il :**

- Spontané.....
- Lié à un rythme imposé (3x8, travail de nuit...).....

### **Avez-vous d'autres troubles ?**

- Somnambulisme.....
- Terreur nocturne.....
- Rêve d'angoisse (vous avez le souvenir d'un rêve angoissant) .....
- Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil).....
- Crise d'épilepsie au cours du sommeil.....
- Autres : précisez : .....

**Mes troubles de sommeil ont débuté en** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **(jj/mm/aa)**

*Si vos troubles sont de très longue durée, précisez simplement le mois et/ ou l'année de début*

## EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

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, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

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, théâtre, réunion)	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
Étant 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

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 de s'endormir  
2 = chance moyenne de s'endormir 3 = forte chance de s'endormir

**TOTAL :**

## EVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

Précisez la perception de vos symptômes en vous situant sur une échelle d'évaluation.  
Mettez une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

MERCI DE PRECISER COMMENT VOUS VOUS SENTEZ POUR LES ECHELLES SUIVANTES :

### - Intensité des troubles motivants la consultation :

Ces troubles ne me gênent pas du tout

Ces troubles me gênent beaucoup

---

### - Qualité du sommeil :

Mon sommeil est mauvais

Mon sommeil est excellent

---

### - Qualité de l'éveil pendant la journée :

Je suis somnolent(e) dans la journée

Je suis bien éveillé(e) dans la journée

---

## SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE

OUI

- Ronflez-vous et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ? .....
- Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ? .....
- Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ? .....
- Avez-vous mal à la tête au réveil ? .....
- Avez-vous des troubles de la sexualité ? (*libido*) .....
- Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (*nycturie*) .....
- Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ? .....
- Bougez-vous beaucoup en dormant ? .....
- Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir ? (*impatience des membres inférieures*) .....
- Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ? (*secousses répétées*) .....
- Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? (*paralysie*) .....
- Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladresses ou à des chutes ? .....
- Si oui, est-ce provoqué par une émotion ? (*cataplexie*) .....
- Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens ? (*RGO*) .....
- Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ? .....
- Faites-vous régulièrement des cauchemars ? .....
- Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ? .....

## SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

**- Avez-vous un traitement antidépresseur ou avez-vous connu une période dépressive ? .....**

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes en faisant référence à votre état ces derniers jours.

OUI

- En ce moment, ma vie me semble vide.....
- J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête....
- Je suis sans énergie.....
- Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.....
- Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même.....
- Je suis obligée(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.....
- J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.....
- En ce moment je suis triste.....
- J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.....
- J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent et m'intéressent.....
- Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume.....
- J'ai le cafard.....
- En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.....

**SCORE :**

- Êtes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?.....○

Répondez le plus spontanément possible aux questions qui suivent.

Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

- OUI**
- Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se) ?..... ○
- Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?..... ○
- Êtes-vous souvent irritable ?..... ○
- Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?..... ○
- Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?..... ○
- Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes :*  
Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?..... ○
- Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ?..... ○

**SCORE :**

**VOS HABITUDES**

- OUI**
- Êtes-vous fumeur ?..... ○  
Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....
- Buvez-vous du café ?..... ○  
Si oui, nombre de tasses par jour : .....
- Buvez-vous du thé ?..... ○  
Si oui, nombre de bols par jour : .....
- Buvez-vous du vin ou de l'alcool ?..... ○  
Si oui, nombre de verres par jour : .....
- Consommez-vous de la drogue ?  
○ cannabis et dérivés    ○ héroïne    ○ cocaïne    ○ autres : .....
- Pratiquez-vous une activité sportive ?  
○ jamais    ○ occasionnel    ○ régulier    ○ intensif
- Rencontrez-vous des nuisances nocturnes ?..... ○  
(voisins bruyants, réveils intempestifs des enfants, ...)
- Poids : ..... kg ;                      Taille : ..... cm
- Avez-vous pris du poids récemment ?..... ○  
Si oui, en combien de temps ?.....mois,                      nombre de kilos pris : .....

**FACTEURS FAVORISANTS DES TROUBLES DE SOMMEIL**

- OUI**
- Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?..... ○
- Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?..... ○
- *Les facteurs favorisants :*
- Une saison particulière - si oui, laquelle..... ○
- Des troubles de l'humeur (dépression, irritation, euphorie, excitation) ..... ○
- En rapport avec les cycles menstruels (pour les femmes) ..... ○
- Des soucis ..... ○
- Autre cause favorisante : ..... ○

**HABITUDES DE SOMMEIL**

- Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ? entre ..... et .....
- Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ? entre ..... et .....
- Une fois couché, généralement vous : **OUI**
  - éteignez de suite.....
  - lisez au lit.....
  - regardez la télévision.....
  - autre : .....
- Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? ..... minutes
- Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils : .....
- Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :.....
- Vers quelle heure vous couchez-vous en week-end et en vacances ?  
Entre :.....h..... et.....h.....
- Vers quelle heure vous levez-vous en week-end et en vacances :  
Entre :.....h..... et.....h.....
- Au réveil : **OUI**
  - Votre réveil est-il spontané ?.....
  - Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?
    - en forme et dispo.....
    - encore fatigué et endormi.....
    - mal à la tête.....
    - autre : .....
- Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?.....

**ÉTAT DE SANTE**

**OUI**

- Êtes-vous hypertendu ou avez-vous un traitement contre l'hypertension ?.....
- Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez : .....
- Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez : .....
- Avez-vous des troubles neurologiques ou psychiatriques ? Précisez : .....
- Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez : .....
- Êtes-vous ménopausée ? .....
- Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez : .....

**TRAITEMENT ACTUEL**

Si vous prenez des médicaments, précisez les noms et les doses :

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

*Si ce questionnaire ne décrit pas exactement votre sommeil, merci de préciser :*

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



**Nom :**

**Prénom :**

**Date :**

**1. Estimez la sévérité actuelle de vos difficultés** (Entourez les réponses)

	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
Difficultés d'endormissement	0	1	2	3	4
Réveils nocturnes	0	1	2	3	4
Réveils trop matinaux	0	1	2	3	4

**2. Comment jugez-vous votre sommeil actuel ?**

0	1	2	3	4
Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas très bon	Mauvais	Très mauvais

**3. Vos problèmes de sommeil perturbent-ils votre fonctionnement (fatigue, travail, activités intellectuelles, humeur ...) dans la journée ?**

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

**4. Dans quelle mesure les autres s'aperçoivent-ils du retentissement de votre insomnie sur vos activités diurnes ?**

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

**5. Dans quelle mesure votre problème de sommeil vous préoccupe-t-il ?**

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

TSVP ...

**6. Dans quelle mesure pensez-vous que les facteurs suivants aggravent vos problèmes de sommeil ?**

	Pas du tout		Assez		Beaucoup
Pensées et ruminations la nuit	0	1	2	3	4
Tension musculaire et douleur	0	1	2	3	4
Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
Effet de l'âge	0	1	2	3	4

**Après une mauvaise nuit, quelles perturbations notez-vous le lendemain ? (Entourez toutes celles que vous avez)**

1. Fatigue / malaise
2. Trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
3. Dysfonctionnement professionnel / social ou mauvaise performance scolaire.
4. Trouble de l'humeur / irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Perte de motivation / d'énergie / d'initiative
7. Tendance aux erreurs / accidents domestiques ou de conduite
8. Céphalées de tension / symptômes somatiques en relation avec le manque de sommeil
9. Anxiété vis-à-vis du sommeil

Adaptée de MORIN C.M. *sleep impairment index*. In : *insomnia : psychological assessment and management*. Guilford press, new york, london, 1993, p. 199-200