

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 durée quotidienne 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

| | | | | |
|---|----------------|---------------------------------|------------------------------|----------|
| Comment vous sentez-vous sous traitement ? | Très bien | Bien | Mal | Très mal |
| A quelle fréquence utilisez-vous votre PPC ? | Tous les jours | Tous les jours sauf le week end | Moins de 5 jours par semaine | |
| Durée d'utilisation quotidienne de votre PPC ? | Moins de 3h | De 3h à 5h | Plus de 5h | |
| Utilisez-vous votre appareil pendant la sieste ? | 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 |
|---|-----------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Au niveau des ronflements | | | | | |
| Au niveau des apnées | | | | | |
| Au niveau de la somnolence | | | | | |
| Sensation de fatigue | | | | | |
| Sensation de nervosité, irritabilité | | | | | |
| Se lever pour uriner | | | | | |
| Mauvaise qualité du sommeil | | | | | |
| Troubles de concentration et de mémoire | | | | | |
| Gêne dans la vie professionnelle | | | | | |
| Gêne dans la vie sociale | | | | | |
| Gêne dans les relations avec l'entourage | | | | | |

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