



**CESAL**

Centre  
d'Explorations  
du Sommeil  
de l'Agglomération  
Lilloise

**A IMPRIMER, REMPLIR ET APPORTER LE JOUR DE VOTRE ENREGISTREMENT DU SOMMEIL OU VOTRE CONSULTATION**

Madame, monsieur, merci de bien vouloir remplir ces différents questionnaires que vous apporterez le jour de votre enregistrement du sommeil. Ces données seront utiles pour l'interprétation des résultats et la décision de prise en charge thérapeutique éventuelle par le médecin.

## Echelle de somnolence d'EPWORTH

*Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué(e) dans les situations suivantes.*

*Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :*

- 0= NE SOMNOLERAIT JAMAIS**  
**1= FAIBLE CHANCE DE S'ENDORMIR**  
**2= CHANCE MOYENNE DE S'ENDORMIR**  
**3= FORTE CHANCE DE S'ENDORMIR**

- 1) ASSIS EN TRAIN DE LIRE
- 2) EN TRAIN DE REGARDER LA TV
- 3) ASSIS, INACTIF, DANS UN ENDROIT PUBLIC (CINEMA, THEATRE, REUNION)
- 4) COMME PASSAGER DANS UNE VOITURE ROULANT SANS ARRÊT PENDANT 1 H
- 5) ASSIS EN TRAIN DE PARLER A QUELQU'UN
- 6) ASSIS CALMEMENT APRES UN REPAS SANS ALCOOL
- 7) ALLAONGE L'APRES-MIDI LORSQUE LES CIRCONSTANCES LE PERMETTENT
- 8) DANS UNE AUTO IMMOBILISEE QUELQUES MINUTES

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

**TOTAL :**

**/24**





**CESAL**

Centre  
d'Explorations  
du Sommeil  
de l'Agglomération  
Lilloise

## Echelle de fatigue de PICHOT

*Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :*

**0=PAS DU TOUT 1=UN PETIT PEU 2=MOYENNEMENT 3=BEAUCOUP 4=EXTRÊMEMENT**

- 1) JE MANQUE D'ENERGIE
- 2) TOUT DEMANDE EFFORT
- 3) JE ME SENS FAIBLE A CERTAINS ENDROITS DU CORPS
- 4) J'AI LES BRAS OU LES JAMBES LOURDES
- 5) JE ME SENS FATIGUE SANS RAISON
- 6) J'AI ENVIE DE M'ALLONGER POUR ME REPOSER
- 7) J'AI DU MAL A ME CONCENTRER
- 8) JE ME SENS FATIGUE, LOURD, RAIDE

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

**TOTAL :** /32





**CESAL**

Centre  
d'Explorations  
du Sommeil  
de l'Agglomération  
Lilloise

## Echelle de dépression de BECK

*Entourez la réponse qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :*

- |   |      |      |
|---|------|------|
| 1) J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête. | VRAI | FAUX |
| 2) Je suis sans énergie.  | VRAI | FAUX |
| 3) J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent.       | VRAI | FAUX |
| 4) Je suis déçu et dégoûté par moi-même.  | VRAI | FAUX |
| 5) Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire.                  | VRAI | FAUX |
| 6) En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens.                    | VRAI | FAUX |
| 7) J'ai le cafard.  | VRAI | FAUX |
| 8) Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit.                       | VRAI | FAUX |
| 9) J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.                                      | VRAI | FAUX |
| 10) Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume.              | VRAI | FAUX |
| 11) En ce moment je suis triste.  | VRAI | FAUX |
| 12) J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.               | VRAI | FAUX |
| 13) En ce moment, ma vie me semble vide.  | VRAI | FAUX |

**TOTAL V :**

**/13**





**CESAL**

Centre  
d'Explorations  
du Sommeil  
de l'Agglomération  
Lilloise

## EVALUATION DES SIGNES CLINIQUES DU TROUBLE DU SOMMEIL

Entourez le nombre ou la réponse qui correspond le mieux à votre état durant ces dernières semaines :

- 1) **Ronflement**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 2) **Envie de dormir durant la journée**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 3) **Somnolence conduite automobile**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 4) **Accidents liés à la somnolence** **oui** **non**
- 5) **Presque accident** **oui** **non**
- 6) **Fatigue matinale**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 7) **Arrêts respiratoire constatés par l'entourage** **oui** **non**
- 8) **Nycturie (besoin d'uriner la nuit)** **oui** **non**  
combien de fois : .....
- 9) **Maux de tête le matin**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 10) **Trouble de la libido**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 11) **Trouble de l'érection**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 12) **Transpiration nocturne**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 13) **Impatience membres inférieurs**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*
- 14) **Essoufflement (Dyspnée d'effort)**  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Très faible* *Très gênant*

