

Nom : Prénom :

Date :

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DE NARCOLEPSIE SOUS TRAITEMENT

Quels bénéfices retirez-vous de votre traitement ? :

Pour chaque proposition, faites une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	Très amélioré ou entièrement disparu	Amélioré ou disparu	Pas amélioré ou pas disparu	Je n'ai pas souffert de ce problème	Ces symptômes sont apparus sous traitement
Existence d'accès de sommeil					
Existence d'une somnolence					
Troubles de la qualité de votre sommeil					
Accès de cataplexie					
Hallucinations hypnagogiques					
Paralysies du sommeil					
Sensation de nervosité, irritation					
Sensation de fatigue					
Vécu dépressif					
Gêne dans votre vie professionnelle					
Gêne dans vos activités sociales et/ou sportives					
Gêne dans vos relations avec votre entourage					
Gêne dans votre activité sexuelle					
Perturbation de votre mémoire					
Perturbation de votre vigilance et de votre concentration					