

Nom : ..... Prénom : .....

Date : .....

## ÉVALUATION DU TRAITEMENT DU SAS

**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 de ronflements					
Existence d'apnées					
Existence d'une somnolence					
Sensation de nervosité, d'irritation					
Perception de maux de tête					
Sensation de fatigue					
Vécu dépressif					
Accès de nycturie (=se lever pour uriner)					
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					
Trouble de la qualité de votre sommeil					
Perturbation de votre mémoire					
Perturbation de votre vigilance et de votre concentration					