

**Ce dossier n'est pas adapté pour la prise en charge des enfants de moins de 13 ans.**

Contactez-nous par mail à  
[contact@reseau-morphee.fr](mailto:contact@reseau-morphee.fr)

Madame, Monsieur,

**Vous résidez en Ile-de-France (\*)** et souhaitez que le Réseau Morphée participe à la prise en charge de vos troubles chroniques du sommeil et nous vous remercions de votre confiance.

Afin de traiter au mieux votre demande, nous vous prions de bien vouloir compléter ce dossier qui comprend :

- **le formulaire de demande d'orientation,**
- **la fiche de consentement,**
- **le questionnaire du sommeil.**

Et de l'envoyer par courrier à :

**Réseau Morphée  
2, Grande Rue  
92380 GARCHES**

**Il est indispensable que vous preniez le temps de bien répondre à l'ensemble des items ; ces éléments seront analysés par un médecin coordonnateur du réseau qui pourra ainsi vous proposer l'orientation la plus adaptée à votre situation.**

Le médecin coordonnateur prendra en compte, autant que possible, votre situation géographique et vos critères de prise en charge mais nous attirons votre attention sur le fait que **les spécialistes du sommeil sont peu nombreux.**

Pour assurer la coordination de votre prise en charge, votre médecin traitant sera tenu informé de l'orientation qui vous sera proposée.

Nous vous précisons également que l'orientation par le Réseau Morphée est gratuite puisque notre structure bénéficie à cet effet du soutien de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Par contre, les éventuelles consultations auprès des spécialistes du sommeil vers lesquels vous seriez orienté(e) vous seront facturées et remboursées conformément aux conventions de l'Assurance maladie en vigueur.

L'équipe du Réseau Morphée se tient à votre disposition pour vous donner tout complément d'information.

***(\*) En raison de son financement régional, le Réseau Morphée ne peut pas orienter les patients qui résident en-dehors de l'Ile-de-France.***

Consultez notre site internet : <http://reseau-morphee.fr/troubles-sommeil/vous-nhabitez-pas-en-ile-de-france>

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ORIENTATION POUR DES TROUBLES DU SOMMEIL

Afin de vous aider et de vous orienter au mieux, nous vous remercions de répondre à chaque question.

1. Avez-vous parlé de vos troubles du sommeil à votre médecin traitant ? ..... oui non
2. Avez-vous déjà consulté un spécialiste du sommeil ? ..... oui non  
(Si oui, merci de bien vouloir joindre à votre dossier une copie des examens déjà réalisés)
3. Coordonnées de votre médecin traitant  
(Nom, adresse et n° de téléphone – Merci de demander à votre médecin traitant d'apposer son cachet ; un espace « commentaires » est prévu pour lui page 8)

#### 4. Vos coordonnées

Toutes les informations demandées ci-après sont indispensables pour le traitement de votre dossier.

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

SEXE :  Féminin  Masculin

NE(E) LE : ..... / ..... / ..... A : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

TEL DOM. : ..... TEL PORTABLE : .....

ADRESSE E-MAIL : .....@.....

PROFESSION : .....

LIEU DE TRAVAIL (DEPT et VILLE) : .....

SITUATION FAMILIALE : ..... Nb d'enfants au foyer : .....

#### 5. Fiche de consentement à dater et signer (page 2)

Si le patient est mineur, le consentement doit obligatoirement être signé par l'un au moins de ses parents (ou son tuteur légal).

6. Questionnaire de sommeil à compléter (pages 3 à 7)
7. Accepteriez-vous une orientation vers un spécialiste du sommeil pratiquant des honoraires libres (secteur 2 ou non conventionné)\* ?  
 Oui (secteur 2 et non conventionné)  Non (secteur 1)

\* Le coût de la consultation pour des praticiens à honoraires libres en secteur 2 ou non conventionnés est plus élevé que le tarif sécurité sociale (avec un remboursement variable en fonction de la mutuelle santé). Les spécialistes du sommeil en secteur 1 sont peu nombreux et exercent principalement en établissement hospitalier avec des délais de consultation longs (plusieurs mois).

#### 8. Précisions éventuelles sur ce que vous attendez (type de prise en charge) :

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

#### 9. Comment avez-vous connu le Réseau Morphée ?

- Par son site internet  Par la radio/télé  Par la presse écrite  
 Par votre médecin traitant  Par un autre médecin  
 Autre, merci de préciser : .....

## FICHE DE CONSENTEMENT

Le Réseau Morphée est une association à but non lucratif, financée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Il regroupe des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des troubles du sommeil et dispose d'une équipe salariée composée notamment de médecins coordonnateurs spécialistes du sommeil.

Ses actions se situent à plusieurs niveaux :

- ⇒ Informer le grand public et les patients sur les pathologies du sommeil ;
- ⇒ Aider et orienter les patients qui s'adressent à lui ;
- ⇒ Proposer des groupes d'éducation thérapeutique, tels que les ateliers sur l'insomnie ou les apnées du sommeil ;
- ⇒ Travailler en équipe autour du patient au travers de parcours de soins innovants ;
- ⇒ Former les médecins et faciliter la communication entre eux ;
- ⇒ Mettre à disposition un dossier médical partagé sécurisé.

« Pour mieux bénéficier des avantages du réseau, il m'est nécessaire autant que possible :

- de recourir à mon médecin traitant pour le traitement de mes troubles du sommeil,
- de remplir les questionnaires mis à ma disposition afin d'évaluer au mieux ma pathologie et de définir au plus juste mon traitement,
- de respecter les recommandations des professionnels de santé pour une bonne mise en place des soins.

*Si je le désire, je peux à tout moment arrêter ma participation au réseau par courrier simple et en informant mon médecin traitant. »*

Fait à : .....

Le : .....

**Nom et signature du patient**

**PATIENT MINEUR :**  
Nom, coordonnées et signature de l'un des  
parents (ou du tuteur légal)

Traitement informatique des données administratives :

Les informations recueillies page 1 du dossier (« formulaire de demande de prise en charge ») font l'objet d'un traitement informatique destiné à constituer un dossier administratif informatisé. Le destinataire des données est uniquement le Réseau Morphée.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Réseau Morphée, 2 Grande Rue, 92380 Garches.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



# QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

**L'ensemble du questionnaire fait référence à des troubles qui vous gênent et qui sont fréquents.  
Répondez « non » si le symptôme ne vous arrive que très occasionnellement.**

- |  | OUI                   | NON                   | Ne sait pas           |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| - Vos troubles apparaissent-ils par périodes ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre poids (kg) : ..... Votre taille (cm) : .....

### **SYMPTÔME DES TROUBLES DU SOMMEIL**

Ressentez-vous les symptômes suivants au moins 3 fois/semaine et depuis plus de 3 mois et qui ont des conséquences sur la qualité de vos journées ?

**OUI      NON      Ne sait pas**

**Avez-vous :**

- |   |                       |                       |  |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| - des difficultés d'endormissement ? .....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| - des réveils en milieu de nuit .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| - des réveils de fin de nuit /réveils précoce ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| - la sensation de ne pas dormir .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |

**Avez-vous des troubles respiratoires ?**

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Ronflez-vous ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ? .....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Êtes-vous somnolent ?**

- |   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ? .....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ? .....                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| - Êtes-vous gêné par le besoin de lutter contre l'envie de dormir en cours de journée ? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| - Avez-vous déjà failli vous endormir au volant ? .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Périodes de sommeil**

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Avez-vous des horaires de sommeil décalés ? .....                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Spontanément vous ne dormez pas la nuit mais le matin et en début d'après-midi.. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| - Si oui, est-ce lié à un rythme imposé de travail (3x8, travail de nuit...) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| - Si oui, depuis combien de temps (en années) ?..... années.                       |                       |                       |                       |

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

- |   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Somnambulisme / cauchemars / rêves pénibles ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Autres, précisez :                                |                       |                       |                       |
| .....   |                       |                       |                       |
| .....   |                       |                       |                       |

**Vos troubles de sommeil ont débuté depuis le ? ...../...../..... (jj/mm/aa)**

En relation avec un facteur déclenchant ?     OUI             NON

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

## EVALUATION DE LA SOMNOLENCE (QUESTIONNAIRE D'EPWORTH)

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.

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

| 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 |

TOTAL :

## ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DES TROUBLES (ECHELLES GRADUÉES DE 0 À 10)

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation. Pour chaque item, merci de mettre une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

### - Intensité des troubles du sommeil :

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

---

## INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE (ISI) :

Encercler le chiffre correspondant pour chacune des questions.

### 1. Merci d'estimer la SÉVÉRITÉ actuelle de vos difficultés de sommeil :

Difficultés à s'endormir :

Aucun                      Léger                      Moyen                      Très                      Extrêmement  
0                              1                              2                              3                              4

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun                      Léger                      Moyen                      Très                      Extrêmement  
0                              1                              2                              3                              4

Problème de réveils trop tôt le matin :

|       |       |       |      |             |
|-------|-------|-------|------|-------------|
| Aucun | Léger | Moyen | Très | Extrêmement |
| 0     | 1     | 2     | 3    | 4           |

2. À quel point êtes-vous **INSATISFAIT / SATISFAIT** de votre sommeil actuel ?

|                |                      |   |                  |   |
|----------------|----------------------|---|------------------|---|
| Très satisfait | Modérément satisfait |   | Très insatisfait |   |
| 0              | 1                    | 2 | 3                | 4 |

3. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **INTERFÈRENT** avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...) ?

|       |       |       |      |             |
|-------|-------|-------|------|-------------|
| Aucun | Léger | Moyen | Très | Extrêmement |
| 0     | 1     | 2     | 3    | 4           |

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

|       |       |       |      |             |
|-------|-------|-------|------|-------------|
| Aucun | Léger | Moyen | Très | Extrêmement |
| 0     | 1     | 2     | 3    | 4           |

5. À quel point êtes-vous inquiet(ète) / préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?

|       |       |       |      |             |
|-------|-------|-------|------|-------------|
| Aucun | Léger | Moyen | Très | Extrêmement |
| 0     | 1     | 2     | 3    | 4           |

TOTAL :

**SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE**

OUI      NON      NE SAIT PAS

|   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles de la sexualité / libido ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? ( <i>Nycturie</i> ) .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bougez-vous beaucoup en dormant ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous, en vous couchant, des régurgitations acides dans le fond de la gorge ? ( <i>RGO</i> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des sueurs nocturnes ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ressentez-vous des maux de tête au réveil ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous gêné par une toux nocturne ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras) ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, est-ce soulagé par des mouvements de jambes (étirement, marche, ...) ? ...  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, survenant exclusivement ou principalement la soirée ou la nuit ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, qui débute au repos ou si vous êtes inactif (couché par exemple) ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroites ou à des chutes ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, est-ce provoqué lors d'un éclat de rire ou d'une forte colère ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas (comme dans un rêve ou un cauchemar éveillé), au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée ? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous obligé de prévoir plusieurs réveils ou alarmes pour arriver à vous lever le matin ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

|  | OUI                   | NON                   | NE SAIT PAS           |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Êtes-vous anxieux ? .....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous connu une période dépressive ? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous actuellement en dépression ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, êtes-vous suivi pour cela ? .....    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## QUESTIONNAIRE HAD

Pour répondre à ces questions, donnez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Répondez dans l'ordre numérique (question 1, 2, 3 ... à 14).

### (1) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

### (2) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0  Oui, tout autant qu'avant
- 1  Pas autant
- 2  Un peu seulement
- 3  Presque plus

### (3) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

### (4) Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0  Autant que par le passé
- 1  Plus autant qu'avant
- 2  Vraiment moins qu'avant
- 3  Plus du tout

### (5) Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

### (6) Je suis de bonne humeur :

- 3  Jamais
- 2  Rarement
- 1  Assez souvent
- 0  La plupart du temps

### (7) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

### (8) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3  Presque toujours
- 2  Très souvent
- 1  Parfois
- 0  Jamais

### (9) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

### (10) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3  Plus du tout
- 2  Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
- 1  Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0  J'y prête autant d'attention que par le passé

### (11) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

### (12) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :

- 0  Autant qu'avant
- 1  Un peu moins qu'avant
- 2  Bien moins qu'avant
- 3  Presque jamais

### (13) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

### (14) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- 0  Souvent
- 1  Parfois
- 2  Rarement
- 3  Très rarement

## VOS HABITUDES

OUI

NON

- Êtes-vous fumeur (y compris cigarette électronique avec nicotine) ? .....  OUI  NON  
Si oui, nombre de cigarettes par jour (ou équivalent) : .....
- Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes (type cola, café...) ? ...  OUI  NON  
Si oui, nombre de tasses et verres par jour au total : .....
- Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs...) ? .....  OUI  NON  
Si oui, nombre de verres par jour : .....
- Consommez-vous de la drogue ? .....  OUI  NON  
 cannabis       ecstasy/MDMA       cocaïne  
 Autres : .....
- Pratiquez-vous une activité sportive ? .....  OUI  NON  
- Si oui, plutôt :       rarement    occasionnellement    régulièrement    intensivement  
- Si régulièrement ou intensivement, pratiquez-vous cette activité sportive, le plus souvent :  
En journée ? .....  OUI  NON  
En soirée ? .....  OUI  NON
- Avez-vous pris du poids récemment ? .....  OUI  NON  
- Si oui, en combien de temps ? ..... mois  
- nombre de kilos pris : .....

## VOS HORAIRES ET HABITUDES DE SOMMEIL

- Vers quelle heure vous couchez-vous en **semaine** ? Entre ..... et .....  
Vers quelle heure vous levez-vous en **semaine** ? Entre ..... et .....

- Vers quelle heure vous couchez-vous en période de **repos/vacances** ? Entre ..... et .....  
Vers quelle heure vous levez-vous en période de **repos/vacances** ? Entre ..... et .....

- **Une fois couché dans votre lit**, essayez-vous de dormir de suite ou aimez-vous passer du temps à faire quelque chose ? (plusieurs réponses possibles):

- Je cherche à dormir immédiatement

**OU**

- J'ai une activité sexuelle  
 Je lis un livre ou une revue  
 J'utilise mon téléphone/tablette/ordi pour échanger (SMS, mails, réseaux sociaux) ou pour travailler  
 Je garde mon Smartphone allumé à côté de moi  
 Je regarde la télévision  
 Autre : .....

- En moyenne, **combien de temps s'écoule** entre le moment où vous vous couchez et le moment où vous cherchez à vous endormir ?

- J'ai une activité pendant moins de 30 mn  
 J'ai une activité entre 30 mn et 1h  
 J'ai une activité entre 1h et 2 h  
 J'ai une activité plus de 2h

- Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? ..... minutes

- Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils : ..... minutes

- Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? .....heures



## COMPORTEMENT

- Sortez-vous le soir (soirée, théâtre, cinéma...) plus de 3 fois / semaine ? .....  Oui  Non

- Juste avant le coucher, utilisez-vous régulièrement (plus de 3 fois/sem) un ordinateur ou une tablette pendant plus d'une heure ? .....  Oui  Non

- **Au réveil :** **OUI** **NON**  
Votre réveil est-il spontané ?.....    
Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?  
- en forme et dispo.....    
- encore fatigué et endormi.....    
- autre : .....

- Avez-vous une **sensibilité de l'humeur** à la lumière et au beau temps ? .....  Oui  Non  Ne sait pas

- Travaillez-vous (professionnel ou domestique), le soir chez vous, jusqu'au coucher plus de 3 fois /sem ? .....  Oui  Non

## ÉTAT DE SANTÉ

|  | <b>OUI</b>            | <b>NON</b>            |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Avez-vous de l'hypertension ?.....                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez :.....      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous du diabète ? Précisez :.....                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez :.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles neurologiques ? Précisez :.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles psychiatriques ? Précisez :.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez :.....    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous ménopausée ? (pour les femmes) .....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez :..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

(Troubles du sommeil dont souffrent vos parents, frères et sœurs)

|   | <b>OUI</b>            | <b>NON</b>            | <b>NE SAIT PAS</b>    |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Insomnie</b> ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Dépression</b> ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Syndrome d'apnées du sommeil</b> ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Syndrome des jambes sans repos</b> ? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Narcolepsie</b> ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Hypersomnie</b> ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur |                       |                       |                       |
| <b>Autre</b> ? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Précisez : .....  |                       |                       |                       |
| .....   |                       |                       |                       |
| .....   |                       |                       |                       |
| .....   |                       |                       |                       |



*Merci de nous retourner le commentaire de votre médecin traitant avec l'ensemble du dossier*

**Réservé à votre médecin traitant :**

**À l'attention de votre médecin traitant :**

*A la réception de ce dossier, le questionnaire de votre patient sera analysé par l'un des médecins coordonnateurs du Réseau Morphée. Il lui sera alors proposé soit de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé spécialiste du sommeil membre du réseau, soit de participer à un groupe d'éducation thérapeutique sur l'insomnie organisé par le réseau. Vous serez tenu informé de cette orientation par courrier.*

*Les médecins coordonnateurs du réseau sont à votre disposition pour discuter de la prise en charge de votre patient ou de tout autre cas qui vous poserait question.*