

# Consultation de suivi - Centre de Référence des Hypersomnies Rares

**Date de la consultation :** ... / ... / 2021

NOM : ..... Prénom: ..... Né(e) le : .....  
 Adresse électronique : .....@ ..... Téléphone: .....  
 Médecin Traitant : ..... Profession : ..... Mobile: .....

## Intensité des troubles

Précisez la perception de vos symptômes en vous situant sur une échelle d'évaluation. Placez une croix sur la ligne entre les deux propositions:

**Ces troubles ne me gênent pas du tout** ..... **Je ne me sens pas du tout bien**

## Evaluation de la somnolence

Dans les situations suivantes, vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué ? Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans de telles circonstances, imaginez votre réaction.

Choisissez dans l'échelle suivante le nombre le plus approprié à chaque situation : **0: ne somnolerait jamais**    **1: faible chance de s'endormir**  
**2: chance moyenne de s'endormir**    **3: forte chance de s'endormir**

Situation	Probabilité de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire				
En train de regarder la télévision				
Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion)				
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure				
Allongé l'après midi pour se reposer quand les circonstances le permettent				
Assis en train de parler à quelqu'un				
Assis calmement après un repas sans alcool				
Au volant d'une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement				

Total :

Traitement actuel : .....

.....  
 .....

## Evaluation de l'amélioration depuis le début de la maladie (entourez votre réponse)

1 franche amélioration                      2 légère amélioration  
 3 stable  
 4 légère dégradation                      5 nette aggravation

**Avez-vous du mal à vous endormir ?** oui non  
 Si oui, il me faut en moyenne ..... min pour m'endormir

**Avez-vous des cataplexies ?** oui non  
 Si oui, j'ai environ ..... cataplexies par semaine en moyenne

## Evaluation de l'humeur

J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	vrai	faux
Je suis sans énergie	vrai	faux
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	vrai	faux
Je suis déçu et dégoûté par moi-même	vrai	faux
Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire	vrai	faux
En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens	vrai	faux
J'ai le cafard	vrai	faux
Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit	vrai	faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	vrai	faux
Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume	vrai	faux
En ce moment, je suis triste	vrai	faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	vrai	faux
En ce moment, ma vie me semble vide	vrai	faux

Total : ...

Poids : ..... Taille : ..... TA : .....

## Type d'hypersomnie

narcolepsie-cataplexie ( )    narcolepsie sans cataplexie ( )    narcolepsie secondaire ( )    hypersomnie secondaire ( )    syndrome de KL ( )  
 hypersomnie idiopathique avec allongement du temps de sommeil ( )    hypersomnie idiopathique sans allongement du temps de sommeil ( )

Changement de traitement : ..... à partir du : .....

CGI: 0 non évalué    1 très amélioré    2 amélioré    3 peu amélioré    4 aucun changement    5 aggravé

Maladies ou traitement associés : .....