

Ne rien coller



# Carnet du patient Pneumologie

Concerne les 4 dernières semaines

- Premier examen  Contrôle de suivi  
 Polygraphie nocturne  Pulsoxymétrie nocturne

Nom / Prénom

Profession

Date de naissance

♂  ♀

## 1. Renseignements personnels

Quels médicaments prenez-vous ? Veuillez les énumérer tous

A quelle heure vous couchez-vous le soir ?	_____	_____	heure
Au bout de combien de minutes arrivez-vous à vous endormir ?	_____	_____	min
Dormez-vous seul dans la chambre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Votre partenaire a-t-il observé des arrêts respiratoires chez vous ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Prenez-vous des somnifères ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Etes-vous actuellement un fumeur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Etiez-vous auparavant un fumeur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	nombre: _____	années: _____	
Combien de verres d'alcool buvez-vous en moyenne par jour ?	_____	nombre: _____	
Avez-vous déjà eu un accident de la circulation pour cause de somnolence au volant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Etes-vous agité durant la nuit et ressentez-vous des picotements dans les jambes, les bras, le dos ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Quel était votre poids il y a 1 an ?	_____	_____	kg
Quel était votre poids il y a 5 ans ?	_____	_____	kg
Quel est votre poids actuel ?	_____	_____	kg
Quelle est votre taille ?	_____	_____	cm
Quel est votre tour du cou ?	_____	_____	cm
Connaissez-vous une raison qui pourrait expliquer vos troubles du sommeil ? (p.ex. problèmes physiques, problèmes psychiques, bruit)	_____		

## 2. Renseignements sur la somnolence diurne

**Dans les situations suivantes, pourriez-vous vous endormir facilement ?**

Il est question ici de s'endormir réellement et pas uniquement d'avoir l'impression d'être fatigué. Les questions se rapportent **aux quatre dernières semaines**. Même si vous n'exercez pas certaines de ces activités, essayez d'imaginer les effets qu'elles auraient eues sur vous. Choisissez parmi les propositions suivantes, celle qui correspondrait le mieux aux différentes questions.

### Score et signification

- 0 = je ne m'endormirais jamais      2 = je pourrais probablement m'endormir  
1 = je ne m'endormirais pratiquement pas      3 = je m'endormirais certainement

En étant assis et en lisant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En étant assis dans des lieux publics (p. ex. théâtre, réunion, conférence)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En tant que passager dans une voiture, pour un trajet d'une heure sans interruption	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En s'allongeant l'après-midi pour se reposer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En position assise au cours d'une discussion avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dans la voiture, immobilisé depuis quelques minutes à un feu rouge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>Score ESS (ne pas remplir)</b>	_____			

### 3. Questions sur le sommeil

Afin d'investiguer plus en détail votre sommeil, nous vous prions de remplir entièrement ce questionnaire. Veuillez ne cocher que la case correspondante. Les questions relatives à votre comportement pendant le sommeil se rapportent **aux quatre dernières semaines**.

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souv.
1. Etes-vous fatigué durant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous arrive-t-il de vous endormir facilement durant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous l'impression d'être limité dans vos capacités de performance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des difficultés à vous endormir le soir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous arrive-t-il de vous réveiller en pleine nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous arrive-t-il de vous réveiller plus tôt que d'habitude, sans pouvoir vous rendormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Devez-vous aller uriner pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Souffrez-vous la nuit des symptômes suivants ?					
• Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sensation d'étouffement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quintes de toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés à respirer par le nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cauchemars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ronflez-vous ?					
• uniquement couché sur le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• après avoir consommé de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	très souv.	souvent	parfois	rarement	jamais
11. Etes-vous reposé le matin en vous réveillant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Enregistrement

	Date	Heure
<b>Début de l'enregistrement</b>	_____	_____
<b>Fin de l'enregistrement</b>	_____	_____
Symptômes, activités sortant de la routine	_____	_____

Afin de pouvoir poser un diagnostic précis, veuillez noter dans ce carnet de patient vos symptômes, activités sortant de la routine, médicaments et phases de sommeil, avec la date et l'heure.

#### Symptômes

- Difficultés respiratoires, sensation d'étouffement, miction
- Vertiges
- Palpitations, tachycardie, extrasystole
- Douleurs : au niveau de la poitrine, dans le bras, dans la nuque

#### Important

- Noter le début et la fin de l'enregistrement en précisant la date et l'heure
- Eviter de mouiller l'enregistreur ou les électrodes
- Ne pas se baigner, ni se doucher

**De quelles maladies souffrez-vous ?** Veuillez également noter les maladies que vous avez eues ainsi que les opérations subies (cœur, poumons, estomac, intestin, foie, reins, bas-ventre, système nerveux, cerveau, psyché, articulations, os, muscles, etc.)

Maladie	Informations détaillées	quand
Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Tension élevée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Diabète <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Maladie vasculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Bronchite chronique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Dépression <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Opérations <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	_____