

En cas de prescription via v-consult®, coller l'étiquette ici

## Carnet du patient

### Polygraphie | Pulsoxymétrie

Concerne les 4 dernières semaines

Veuillez utiliser un stylo à bille noir, et non pas un crayon.

Nom / Prénom

♂

♀

Premier examen

Profession

Date de naissance

Contrôle de suivi

Polygraphie

Pulsoxymétrie

#### 1. Quels médicaments prenez-vous ?

Médicament	Dose	Heure de prise

#### 2. De quelles maladies souffrez-vous ?

Veuillez également noter les maladies que vous avez eues ainsi que les opérations subies. **Veuillez souligner :** Bouche, nez, gorge, cœur, poumons, estomac, intestins, foie, reins, système nerveux, cerveau, psychisme, articulations, os, muscle

Autres

#### 3. Renseignements sur la somnolence diurne (échelle de somnolence d'Epworth)

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

Dans les situations suivantes, pourriez-vous vous endormir facilement ?	Assis en lisant	En regardant la télévision	Assis dans des lieux publics (p. ex. théâtre, réunion, conférence)	En tant que passager dans une voiture roulant une heure sans s'arrêter	Allongé pour se reposer l'après-midi	Assis en discutant avec quelqu'un	Assis tranquillement à table après un repas sans alcool	Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans la circulation	ESS Score (ne pas remplir)
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

#### 4. Questions sur le sommeil et la santé en général

\_\_\_\_\_ kg      \_\_\_\_\_ kg      \_\_\_\_\_ cm      \_\_\_\_\_ cm  
Votre poids actuel      Votre poids il y a 5 ans      Votre taille      Votre tour de cou

	oui	non
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous des arrêts respiratoires pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident pour cause de somnolence au volant (travail / conduite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous fatigué durant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés de maintien du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des réveils trop précoces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous le matin en étant bien reposé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des impatiences au niveau des jambes, des bras lorsque vous vous endormez ou pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devez-vous aller uriner pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous la nuit des symptômes suivants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sensation d'étouffement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quintes de toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés à respirer par le nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cauchemars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palpitations cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Enregistrement

\_\_\_\_\_

Début de l'enregistrement (date / heure)

\_\_\_\_\_

Moment de l'endormissement (date / heure)

\_\_\_\_\_

Fin de l'enregistrement (date / heure)

\_\_\_\_\_

Heure du réveil (date / heure)

Un ou plusieurs des troubles suivants sont-ils apparus pendant l'enregistrement ? **Veillez souligner :**  
palpitations cardiaques, essoufflement, pauses respiratoires, toux

\_\_\_\_\_

Autres

#### 6. Sensibilité à la thérapie avec un masque (si vous utilisez déjà la thérapie avec un masque) :

	oui	non
Ronflez-vous encore et / ou avez-vous encore des arrêts respiratoires en utilisant le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous reposé le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à rester éveillé(e) pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez et / ou votre bouche sont-ils secs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez coule-t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez est-il bouché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des ballonnements ? Devez-vous roter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre masque est-il encore adapté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà dû retirer soudainement votre masque pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs aux points d'appui du masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'air s'échappe-t-il à cause d'une fuite dans le masque (yeux irrités) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpirez-vous sous le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ou avez-vous du mal à respirer avec le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une irritation de la peau à cause du masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit de la machine vous dérange-t-il, vous ou votre partenaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>