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

VIOLLIER

Carnet du patient

Polygraphie | Pulsoxymétrie

Concerne les 4 dernières semaines

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

Nom / Prénom

☐ ♂ ☐ ♀

Profession

Date de naissance

☐ Premier examen
☐ 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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	En regardant la télévision	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Assis dans des lieux publics (p. ex. théâtre, réunion, conférence)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	En tant que passager dans une voiture roulant une heure sans s'arrêter	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Allongé pour se reposer l'après-midi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Assis en discutant avec quelqu'un	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Assis tranquillement à table après un repas sans alcool	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans la circulation	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	ESS Score (ne pas remplir)				

03.2026 / 14686

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

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