



VERSION ADAPTÉE À LA CLIENTÈLE AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL (TCC)

NOM :

DATE :

I. HISTORIQUE DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL :

1. Depuis combien de temps avez-vous des difficultés de sommeil ?

→

2. Aviez-vous des difficultés de sommeil avant de subir un TCC?

oui

non

3. Votre sommeil a-t-il changé à la suite du TCC?

oui

non

Si oui, décrivez les changements que vous avez observés :

→

4. Est-ce qu'il y a un événement stressant associé au déclenchement de vos difficultés de sommeil (*actuelles ou passées*)?

→

5. Est-ce que vos difficultés de sommeil ont débuté soudainement ou graduellement ?

→

6. Comment ont évolué vos difficultés de sommeil depuis leur commencement ?
(*de façon persistante, épisodique, saisonnière*)

→

7. Selon vous, quelle est la cause de vos difficultés de sommeil actuelles ?
(*ex. : inquiétudes, stress, douleur, déprime, médicaments, bruits, environnement, horaire, rien en particulier*)

→

II. SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE :

POUR CETTE SÉRIE DE QUESTIONS, RÉFÉREZ-VOUS AU DERNIER MOIS.

8. Quelle est votre heure de coucher habituelle? →
9. Quelle est l'heure de votre dernier réveil le matin
(sans vous rendormir par après)? →
10. Quelle est votre heure de lever habituelle? →
11. Votre horaire de sommeil est-il généralement stable?
(ex. : fin de semaine, horaire de travail rotatif) oui non
- Si non, de quelle façon varie-t-il?
-
12. Avez-vous de la difficulté à vous endormir? oui non
13. Combien de temps prenez-vous généralement
pour vous endormir? →
14. Pendant le dernier mois, combien de nuits par
semaine, en moyenne, avez-vous pris plus
de 30 minutes pour vous endormir? → nuits/semaine
15. Avez-vous de la difficulté à rester endormi
durant la nuit? oui non
16. Combien de fois par nuit vous réveillez-vous
en moyenne? → fois/nuit
17. Combien de temps passez-vous éveillé en moyenne
durant une nuit? (Additionnez le temps de tous les éveils.) →
18. Combien de nuits par semaine, en moyenne,
êtes-vous éveillé plus de 30 minutes au total? → nuits/semaine
19. Qu'est-ce qui vous réveille la nuit?
(ex. : douleur, bruit, éveil spontané) →
20. Vous réveillez-vous trop tôt le matin? oui non
21. Combien de temps avant l'heure désirée vous réveillez-
vous généralement le matin?
(ex. : avant l'alarme du réveille-matin) →

22. Combien de nuits par semaine, en moyenne, vous réveillez-vous plus de 30 minutes avant l'heure désirée ?	→	nuits/semaine
23. Avez-vous l'impression que votre sommeil n'est pas réparateur ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
24. Combien de nuits par semaine, en moyenne, votre sommeil a-t-il été peu ou pas reposant ?	→	nuits/semaine
25. Combien d'heures estimez-vous dormir par nuit ?	→	heures/nuit
26. En vous référant au dernier mois, à quel point êtes-vous satisfait de la qualité de votre sommeil ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 ;</i> 1 = TOTALEMENT SATISFAIT / 10 = TOTALEMENT INSATISFAIT	→	
27. En vous référant au dernier mois, à quel point êtes-vous préoccupé par votre insomnie ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 ;</i> 1 = AUCUNEMENT PRÉOCCUPÉ / 10 = EXTRÊMEMENT PRÉOCCUPÉ	→	
28. Combien de nuits par semaine, en moyenne, estimez-vous avoir des difficultés de sommeil ?	→	nuits/semaine

III. FONCTIONNEMENT DIURNE :

POUR CETTE SÉRIE DE QUESTIONS, RÉFÉREZ-VOUS AU DERNIER MOIS.

29. Avez-vous de la difficulté à rester éveillé le jour ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
30. Vous arrive-t-il de vous endormir à des endroits ou à des moments inappropriés ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
→ <i>Si oui, précisez :</i>		
31. En vous référant au dernier mois, combien de fois par jour vous endormez-vous de façon non intentionnelle ?	→	fois/jour
32. Faites-vous des siestes (intentionnelles) durant la journée ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
33. Combien de fois par semaine faites-vous des siestes ?	→	fois/semaine
34. Quelle est la durée moyenne de vos siestes ?	→	

35. Quels sont les effets de l'insomnie sur votre vie quotidienne ? Est-ce que vos difficultés de sommeil entraînent ou exacerbent les symptômes suivants ?

a) Fatigue ou baisse d'énergie oui non

b) Difficultés de concentration, d'attention ou de mémoire oui non

c) Perte de motivation ou d'initiative oui non

d) Inconforts physiques tels que maux de tête, tension musculaire, brulements d'estomac oui non

e) Somnolence ou difficulté à rester éveillé oui non

f) Impatience ou irritabilité (colère, agressivité) oui non

g) Autres effets ? oui non

→

IV. ENVIRONNEMENT ET HABITUDES DE VIE :

POUR CETTE SÉRIE DE QUESTIONS, RÉFÉREZ-VOUS AU DERNIER MOIS.

36. Est-ce que votre environnement de sommeil est confortable ? (*lit, matelas, luminosité, température, bruit*) oui non

37. Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice ? → fois/semaine

38. À quel moment de la journée pratiquez-vous ces activités ? →

39. Combien de produits contenant de la caféine consommez-vous par jour (café, boissons énergisantes, boissons gazeuses) ? →

40. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? →

41. Est-ce que vous devez vous lever la nuit pour fumer ? oui non

42. Combien de consommations d'alcool prenez-vous dans une journée ou dans une semaine typique ?

→

43. Consommez-vous des drogues ?

oui

non

→ Si oui, précisez lesquelles :

44. Combien de fois par jour ou par semaine consommez-vous des drogues ?

→

45. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé de l'alcool ou de la drogue afin de vous aider à dormir ?

oui

non

46. Combien de nuits par semaine utilisez-vous de l'alcool ou une drogue pour vous aider à dormir ?

→

nuits/semaine

V. HISTORIQUE DES TRAITEMENTS POUR DIFFICULTÉS DE SOMMEIL :

47. Actuellement, quelles stratégies employez-vous pour améliorer votre sommeil ?

→

48. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des médicaments prescrits ou sans ordonnance afin de vous aider à dormir ?

oui

non

→ Si oui, précisez (types, doses, etc.) :

49. Combien de nuits par semaine prenez-vous des médicaments pour dormir ?

→

nuits/semaine

50. Par le passé, avez-vous utilisé des médicaments prescrits ou sans ordonnance afin de vous aider à dormir ?

oui

non

51. Par le passé, avez-vous eu recours à d'autres types de traitements pour des difficultés de sommeil ?

oui

non

→ Si oui, précisez :

VI. SYMPTÔMES ASSOCIÉS À D'AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL :

52. Est-ce que vous ou votre partenaire avez remarqué l'un des symptômes suivants ? Si oui, à quelle fréquence les expérimentez-vous, et contribuent-ils à vos difficultés de sommeil ? (C'est-à-dire, auriez-vous de la difficulté à dormir même en l'absence de ces symptômes ?)

	<i>Précisez la nature, la fréquence et la sévérité des difficultés</i>	<i>Contribution aux difficultés de sommeil (%)</i>
Jambes agitées : sensation de fourmis ou de douleur dans les jambes (mollets) et incapacité à tenir ses jambes en place.		
Mouvements périodiques des membres : tics, secousses dans les jambes durant la nuit, réveil avec des crampes dans les jambes.		
Apnée : ronflement, difficultés respiratoires, pauses respiratoires, souffle court, mal de tête au lever, douleur à la poitrine, bouche sèche au réveil.		
Narcolepsie : attaques de sommeil, paralysie du sommeil, hallucinations hypnagogiques, cataplexie.		
Parasomnie : cauchemar, terreur nocturne, bruxisme, marcher ou parler dans son sommeil.		

VII. COMORBIDITÉ :

55. Est-ce que les éléments suivants s'appliquent à votre situation ? Si oui, à quel point contribuent-ils à vos difficultés de sommeil ? (C'est-à-dire, auriez-vous de la difficulté à dormir même en l'absence de ces problèmes ?)

	<i>Précisez la nature, la fréquence et la sévérité des difficultés</i>	<i>Contribution aux difficultés de sommeil (%)</i>
Anxiété, nervosité, inquiétude		
Dépression, tristesse, perte d'intérêt		
Consommation d'alcool ou de drogue		
Douleur		
Problème médical		
Médicaments prescrits ou sans ordonnance		