



Entrevue clinique de l'insomnie – Version abrégée

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

NOM :

DATE :

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

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

(Précisez avant ou après le TCC.) Votre sommeil a-t-il changé à la suite du TCC?

→

2. Avez-vous des difficultés à vous endormir ?

oui

___ fois/
semaine

non

3. Avez-vous de la difficulté à rester endormi
durant la nuit ?

oui

___ fois/
semaine

non

4. Vous réveillez-vous trop tôt le matin ?

oui

___ fois/
semaine

non

5. Combien d'heures estimez-vous dormir par nuit ?

___ heures/
nuit

6. Avez-vous de la difficulté à rester éveillé le jour ?

___ heures/
nuit

7. Combien de fois par jour vous endormez-vous, de façon intentionnelle ou non ?

→

8. À quel point êtes-vous préoccupé par votre insomnie. Sur une échelle de 1 à 10 ;

1 = AUCUNEMENT PRÉOCCUPÉ / 10 = EXTRÊMEMENT PRÉOCCUPÉ

→

9. Quels sont les effets de l'insomnie sur votre vie quotidienne ?

→

10. 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 ?)

[] Ronflements bruyants _____

[] Pause dans la respiration pendant le sommeil _____

[] Fourmillements, besoin de bouger les jambes au coucher _____

[] Tics, secousses dans les jambes pendant le sommeil _____

[] Cauchemars _____

[] Autres symptômes _____

11. Actuellement, quelles stratégies employez-vous pour améliorer votre sommeil ou

pour vous tenir éveillé durant le jour ? (médicaments prescrits ou non, autres substances, exercice, etc.)

→

12. Est-ce que votre environnement de sommeil est confortable ?

(lit, matelas, luminosité, température, bruit)

→