

### QUESTIONNAIRE DE BERLIN : Evaluation de votre sommeil

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Nom du médecin généraliste : ..... Etes-vous traité pour l'apnée du sommeil ?  Oui  Non

Votre taille :  cm Votre poids :  kg Votre âge :  ans Votre sexe :  M  F

Vous fumez ?  Non  Oui, nombre de cigarettes par jour :  0 à 5  5 à 10  10 à 15  15 à 20  Plus de 20

Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil actuel ? (0 = Insatisfait / 4 = Très satisfait)  0  1  2  3  4

Vos difficultés de sommeil perturbent-elle votre quotidien ? (0 = Pas du tout / 4 = Enormément)  0  1  2  3  4

#### Catégorie 1 : RONFLEMENT

##### 1. Est-ce que vous ronflez ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous ronflez :

##### 2. Votre ronflement est-il ?

- Légèrement plus bruyant que votre respiration ?
- Aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez ?
- Plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez ?
- Très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines.

##### 3. Combien de fois ronflez-vous ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque aucune nuit

##### 4. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

- Oui
- Non

##### 5. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque aucune nuit

SCORE :

#### Catégorie 2 : SOMNOLENCE

##### 6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?

- Presque tous les matins
- 3 à 4 matins par semaine
- 1 à 2 matins par semaine
- 1 à 2 matins par mois
- Jamais ou presque jamais

##### 7. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

- Presque toutes les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- Jamais ou presque jamais

##### 8. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

- oui  non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- Jamais ou presque jamais

SCORE :

#### Catégorie 3 : FACTEURS DE RISQUE

##### 9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?

- oui
- non
- Je ne sais pas

SCORE :

#### Score - Evaluation des catégories

- 1 point **Une catégorie est positive**
- 2 points **dès que son score atteint 2.**

#### Interprétation des résultats

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil.



### QUESTIONNAIRE DE BERLIN : Evaluation de votre sommeil

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Nom du médecin généraliste : ..... Etes-vous traité pour l'apnée du sommeil ?  Oui  Non

Votre taille :  cm    Votre poids :  kg    Votre âge :  ans    Votre sexe :  M  F

Vous fumez ?  Non  Oui, nombre de cigarettes par jour :  0 à 5  5 à 10  10 à 15  15 à 20  Plus de 20

Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil actuel ? (0 = Insatisfait / 4 = Très satisfait)  0  1  2  3  4

Vos difficultés de sommeil perturbent-elle votre quotidien ? (0 = Pas du tout / 4 = Enormément)  0  1  2  3  4

#### Catégorie 1 : RONFLEMENT

##### 1. Est-ce que vous ronflez ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous ronflez :

##### 2. Votre ronflement est-il ?

- Légèrement plus bruyant que votre respiration ?
- Aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez ?
- Plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez ?
- Très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines.

##### 3. Combien de fois ronflez-vous ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque aucune nuit

##### 4. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

- Oui
- Non

##### 5. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque aucune nuit

SCORE :

#### Catégorie 2 : SOMNOLENCE

##### 6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?

- Presque tous les matins
- 3 à 4 matins par semaine
- 1 à 2 matins par semaine
- 1 à 2 matins par mois
- Jamais ou presque jamais

##### 7. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

- Presque toutes les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- Jamais ou presque jamais

##### 8. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

- oui  non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- Jamais ou presque jamais

SCORE :

#### Catégorie 3 : FACTEURS DE RISQUE

##### 9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?

- oui
- non
- Je ne sais pas

SCORE :

#### Score - Evaluation des catégories

- 1 point    Une catégorie est positive
- 2 points    dès que son score atteint 2.

#### Interprétation des résultats

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil.