EFFACER TOUTES LES DONNÉES

Habitudes de vie

Fumez-vous? ☐ Oui ☑ Non Si oui, combien de cigarettes par jour? Depuis quand?

Votre consommation d'alcool par jour? 2 verre(s)

☐ Rarement ☐ Occasionnellement ☐ Régulièrement

Coucher vers: 22h30 Lever vers: 6h00 Temps d'endormissement: 5 minutes

Votre travail exige-t-il l'usage d'un véhicule ou de la machinerie lourde? ☐ Oui ☑ Non

Avez-vous déjà eu un accident de voiture causée par l'endormissement au volant? ☐ Oui ☑ Non

Prise de médicaments ou d'autres produits naturels ou thérapeuthiques

Médicament ou Produit	Dose et fréquence	Médicament ou Produit	Dose et fréquence

Échelle de somnolence d'Epworth

Un résultat de 10 et plus mérite une investigation. Tenir compte qu'il s'agit d'une autoévaluation objective

Possibilité de vous endormir ... 0 = jamais, 1 = risque faible, 2 = risque modéré, 3 = risque élevé

Lecture en position assise	Risque élevé
Étendu le jour pour une courte période de repos	Risque élevé
Assis en conversation avec quelqu'un	Jamais
Écoute d'un programme de télévision	Jamais
Position assise dans un endroit public	Jamais
Passager dans une voiture qui roule 1 heure	Jamais
Assis après un repas sans alcool	Risque élevé
Au volant d'une voiture arrêtée dans la circulation	Jamais

1- EPWORTH = 9 /24

Signature de l'inhalothérapeute Stéphanie Beaulieu Signature numérique de Stéphanie Beaulieu DN : cn=Stéphanie Beaulieu, o=Clinique du Sommeil Beaulieu, ou=Présidente - Inhalothérapeute, email=stephanie@cliniquesommeilbeaulieu.com, c=CA Date : 2015.03.06 10:38:14 -05'00' Date: 20/02/2015