EFFACER TOUTES LES DONNÉES

CLINIQUE DU SOMMEIL BEAULIEU

PRÉNOM: Isabelle
NOM: Caouette
N.A.M.: CAOI52592411

POLYSOMNOGRAPHIE AMBULATOIRE - N2

Questionnaire matinal

Date: 04/03/2015

Profession/travail: Agente de développement (Cégep)

Médecin référant: Dr. Laurent Camiré

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre nuit:

1. Comment s'est passé votre nuit? (cocher la réponse qui correspond le mieux à votre situation)

   Mieux que d'habitude ☐ Identique aux nuits précédentes ☑ Pire que d'habitude ☐

2. Combien de temps (en minutes) pensez-vous avoir pris pour vous endormir la nuit dernière? 90 minutes

3. Combien de temps (en heures et minutes) pensez-vous avoir dormi la nuit dernière?

   5 Heures et minutes

4. Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) la nuit dernière? 2 fois

   Avez-vous pris un somnifère? ☐ Oui ☑ Non

   Si oui, lequel ou lesquels?

   Avez-vous consommé de l'alcool? ☐ Oui ☑ Non

   Si oui, lequel ou lesquels?

   Si oui, combien de verres?

5. À part les différents capteurs, y a-t-il quelque chose qui aurait perturbé votre sommeil?

   Non

6. Est-ce que certains capteurs ont été débranchés au cours de la nuit? ☐ Oui ☑ Nor

   Si oui, lequel ou lesquels?

Commentaires:

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 : 2015.03.04 10:11:25 -05'00' 04/03/2015