

Ne rien coller

Veillez utiliser un stylo à bille noir,
et non pas un crayon.

Carnet du patient Pneumologie

Concerne les 4 dernières semaines

- Premier examen Contrôle de suivi
 Polygraphie nocturne Pulsoxymétrie nocturne

Nom / Prénom _____

Profession _____

Date de naissance _____ ♂ ♀

1. Quels médicaments prenez-vous ?

Médicament	Dose	Heure de prise
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. De quelles maladies souffrez-vous ?

Veillez également noter les maladies que vous avez eues ainsi que les opérations subies.

Veillez souligner :

Bouche, nez, gorge, cœur, poumons, estomac, intestins, foie, reins, système nerveux, cerveau, psychisme, articulations, os, muscle

Autres _____

3. Renseignements sur la somnolence diurne (échelle de somnolence d'Epworth)

0 = je ne m'endormirais jamais 2 = je pourrais probablement m'endormir
1 = je ne m'endormirais pratiquement jamais 3 = je m'endormirais certainement

Dans les situations suivantes, pourriez-vous vous endormir facilement ?

Assis en lisant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis dans des lieux publics (p. ex. théâtre, réunion, conférence)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En tant que passager dans une voiture roulant une heure sans s'arrêter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Allongé pour se reposer l'après-midi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis en discutant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis tranquillement à table après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans la circulation	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ESS Score (ne pas remplir) _____



4. Questions sur le sommeil et la santé en général

Votre poids actuel	kg	Votre taille	cm		
Votre poids il y a 5 ans	kg	Votre tour de cou	cm		
Fumez-vous ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous des arrêts respiratoires pendant la nuit ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflez-vous ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident pour cause de somnolence au volant (travail / conduite) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous fatigué durant la journée ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la concentration ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à vous endormir ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés de maintien du sommeil ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des réveils trop précoces ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous le matin en étant bien reposé ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des impatiences au niveau des jambes, des bras lorsque vous vous endormez ou pendant votre sommeil ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devez-vous aller uriner pendant la nuit ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous la nuit des symptômes suivants ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés respiratoires				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sensation d'étouffement				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quintes de toux				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés à respirer par le nez				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cauchemars				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palpitations cardiaques				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Enregistrement

Début de l'enregistrement (date / heure) _____ Moment de l'endormissement (date / heure) _____

Fin de l'enregistrement (date / heure) _____ Heure du réveil (date / heure) _____

Un ou plusieurs des troubles suivants sont-ils apparus pendant l'enregistrement ?

Veillez souligner : palpitations cardiaques, essoufflement, pauses respiratoires, toux

Autres _____

6. Sensibilité à la thérapie avec un masque

Si vous utilisez déjà la thérapie avec un masque :

	oui	non
Ronflez-vous encore et / ou avez-vous encore des arrêts respiratoires en utilisant le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous reposé le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à rester éveillé(e) pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez et / ou votre bouche sont-ils secs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez coule-t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nez est-il bouché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des ballonnements ? Devez-vous roter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre masque est-il encore adapté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà dû retirer soudainement votre masque pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs aux points d'appui du masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'air s'échappe-t-il à cause d'une fuite dans le masque (yeux irrités) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpirez-vous sous le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous claustrophobe ou avez-vous du mal à respirer avec le masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une irritation de la peau à cause du masque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit de la machine vous dérange-t-il, vous ou votre partenaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>