

## ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE : .....

Précisez l'intensité de votre somnolence ou de vos assoupissements, lors des situations décrites ci-dessous, en utilisant le code suivant :

- 0** : **jamais** d'assoupissement,
- 1** : **peu** de chance d'assoupissement,
- 2** : **moyennement** de chance d'assoupissement
- 3** : **grande** chance d'assoupissement.

<b>SITUATIONS</b>	<b>Risque d'assoupissement</b> (entre 0 à 3)
Assis en train de lire .....	_____
En train de regarder la télévision .....	_____
Assis, inactif dans un lieu public (comme au théâtre, au cinéma, en réunion)	_____
Comme passager d'une voiture (ou de transport en commun) pendant plus d'une heure sans un arrêt .....	_____
Allongé l'après-midi pour se reposer lorsque les circonstances le permettent ...	_____
Assis et parlant à quelqu'un .....	_____
Assis tranquillement après le déjeuner sans excès d'alcool .....	_____
Dans une voiture alors qu'elle est arrêtée pendant quelques minutes dans le trafic (feu rouge, embouteillage...) .....	_____
En roulant au volant d'une voiture, lors d'un trajet monotone .....	_____
<b>Total :</b>	_____

### Echelle d'intensité pour la Fatigue

Vous trouverez ci-dessous une série d'affirmations à propos de votre fatigue. Par fatigue, nous voulons dire une sensation de lassitude, un manque d'énergie, un épuisement total.

Merci de lire chaque affirmation et de les noter en faisant un cercle sur un chiffre de 1 à 7:

- **1** indique que vous n'êtes pas du tout d'accord avec l'affirmation
- **7** indique que vous êtes tout à fait d'accord.

Merci de répondre à ces questions *EN CE QUI CONCERNE LES 2 DERNIERES SEMAINES.*

Entourer d'un cercle:	<b>N'est pas du tout d'accord</b>					<b>Est tout à fait d'accord</b>	
Ma motivation, mon énergie sont très diminuées quand je suis fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
L'exercice physique me fatigue	1	2	3	4	5	6	7
Je suis facilement fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue m'empêche de fonctionner physiquement	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue me cause fréquemment des problèmes	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue m'empêche de faire de l'exercice de manière soutenue	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue réduit ma capacité à faire front à certaines tâches ou certaines responsabilités	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue me crée beaucoup de handicaps	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue perturbe mon travail, ma vie de famille ou ma vie sociale	1	2	3	4	5	6	7

<b>Échelle CES-D — Dépression.</b>				
ENTOURER LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE				
Merci de répondre à <b>chaque</b> ligne				
<b>Durant la semaine écoulée :</b>	Jamais, très rarement	Occasio- nellement	Assez souvent	Fréquemment , tout le temps
1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	0	1	2	3
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	1	2	3
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	0	1	2	3
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	0	1	2	3
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	1	2	3
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	0	1	2	3
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir	0	1	2	3
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	0	1	2	3
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	1	2	3
11. Mon sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
12. J'ai été heureux(se)	0	1	2	3
13. J'ai moins parlé que d'habitude	0	1	2	3
14. Je me suis senti(e) seul(e)	0	1	2	3
15. Les autres ont été hostiles envers moi	0	1	2	3
16. J'ai eu des crises de larmes	0	1	2	3
17. Je me suis senti(e) triste	0	1	2	3
18. J'ai profité de la vie	0	1	2	3
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	1	2	3
20. J'ai manqué d'entrain	0	1	2	3

## ECHELLE HAD

Lisez chaque question et cochez la réponse exprimant le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler

A 1 - Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- 3  La plupart du temps
- 2  Souvent
- 1  De temps en temps
- 0  Jamais

D 2 - Je prend plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0  Oui, autant
- 1  Pas autant
- 2  Un peu seulement
- 3  Presque plus

A 3 - J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3  Oui, très nettement
- 2  Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1  Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0  Pas du tout

D 4 - Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0  Autant que par le passé
- 1  Plus autant qu'avant
- 2  Vraiment moins qu'avant
- 3  Plus du tout

A 5 - Je me fais du souci :

- 3  Très souvent
- 2  Assez souvent
- 1  Occasionnellement
- 0  Très occasionnellement

D 6 - Je suis de bonne humeur :

- 3  Jamais
- 2  Rarement
- 1  Assez souvent
- 0  La plupart du temps

A 7 - Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- 0  Oui, quoi qu'il arrive
- 1  Oui, en général
- 2  Rarement
- 3  Jamais

D 8 - J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3  Presque toujours
- 2  Très souvent
- 1  Parfois
- 0  Jamais

A 9 - J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0  Jamais
- 1  Parfois
- 2  Assez souvent
- 3  Très souvent

D 10 - Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3  Plus du tout
- 2  Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1  Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0  J'y prête autant d'attention que par le passé

A 11 - J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3  Oui, c'est tout-à-fait le cas
- 2  Un peu
- 1  Pas tellement
- 0  Pas du tout

D 12 - Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0  Autant qu'avant
- 1  Un peu moins qu'avant
- 2  Bien moins qu'avant
- 3  Presque jamais

A 13 - J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3  Vraiment très souvent
- 2  Assez souvent
- 1  Pas très souvent
- 0  Jamais

D 14 - Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- 0  Souvent
- 1  Assez souvent
- 2  Rarement
- 3  Pratiquement jamais

### ÉCHELLE DE NARCOLEPSIE (UNS)

1 - Lors d'un rire, d'une colère, ou d'une émotion, les symptômes suivants se sont-ils manifestés ?

Manifestations	Jamais (0)	1-5 fois au cours de ma vie (1)	Tous les mois (2)	Toutes les semaines (3)	Tous les jours ou presque(4)	
Fléchissement des genoux						
Ouverture spontanée de la bouche						
Affaissement de la tête						Sous Total 1
Chute						—

2 - Combien de temps vous faut-il habituellement pour vous endormir le soir ?

Plus de 40 min (0)	De 31 à 40 min (1)	De 21 à 31 min (2)	De 10 à 20 min (3)	Moins de 10 min (4)	
					Sous Total 2
					—

3 - Dormez-vous dans la journée (siestes) ?

Je n'en éprouve pas le besoin (0)	J'en ai envie mais je ne peux pas dormir (1)	2 fois par semaine au moins (2)	3-5 fois par semaine (3)	Tous les jours ou presque (4)	
					Sous Total 3
					—

4 - Vous arrive-t-il de vous endormir involontairement au cours de la journée ?

Situation	Jamais (0)	1 fois par mois au moins (1)	1 fois par semaine (2)	1 fois par jour (3)	Plusieurs fois par jour (4)	
Lecture						
Déplacement						
Station debout						
En mangeant						Sous Total 4
Autre (inhabituelle)						—

**SCORE FINAL (Sous total 1+2+3+4) : .....**

### Recherche de syndrome des jambes sans repos.

	Cocher la case correspondant à votre réponse	
	OUI	NON
Percevez-vous un besoin irrésistible de bouger les membres, souvent associé à, ou provoqué par des sensations inconfortables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :		
• Cela s'aggrave-t-il pendant les périodes de <b>repos</b> ou d'inactivité (lorsque vous êtes allongé ou assis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cela est-il soulagé totalement ou partiellement par des <b>mouvements</b> tels que la marche ou les étirements, du moins tant que l'activité se poursuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cela apparaît-il ou s'aggrave-t-il dans la <b>soirée</b> ou au cours de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous un traitement des ces symptômes ? Si oui, lequel: ..... A-t-il été efficace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bougez-vous beaucoup les jambes pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des personnes atteintes du syndrome des jambes sans repos dans votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

