

Ne rien coller

Veuillez 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 ?

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

Veuillez 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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
En regardant la télévision	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Assis dans des lieux publics (p. ex. théâtre, réunion, conférence)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
En tant que passager dans une voiture roulant une heure sans s'arrêter	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Allongé pour se reposer l'après-midi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Assis en discutant avec quelqu'un	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Assis tranquillement à table après un repas sans alcool	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans la circulation	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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		
				oui	non
Fumez-vous ?				☐	☐
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?				☐	☐
Faites-vous des arrêts respiratoires pendant la nuit ?				☐	☐
Ronflez-vous ?				☐	☐
Avez-vous déjà eu un accident pour cause de somnolence au volant (travail / conduite) ?				☐	☐
Etes-vous fatigué durant la journée ?				☐	☐
Avez-vous des troubles de la concentration ?				☐	☐
Avez-vous du mal à vous endormir ?				☐	☐
Avez-vous des difficultés de maintien du sommeil ?				☐	☐
Avez-vous des réveils trop précoces ?				☐	☐
Vous réveillez-vous le matin en étant bien reposé ?				☐	☐
Avez-vous des impatiences au niveau des jambes, des bras lorsque vous vous endormez ou pendant votre sommeil ?				☐	☐
Devez-vous aller uriner pendant la nuit ?				☐	☐
Souffrez-vous la nuit des symptômes suivants ?				☐	☐
• Difficultés respiratoires				☐	☐
• Sensation d'étouffement				☐	☐
• Quintes de toux				☐	☐
• Difficultés à respirer par le nez				☐	☐
• Cauchemars				☐	☐
• Sudation				☐	☐
• Palpitations cardiaques				☐	☐

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