

FICHE MÉDICALE

Date du jour:	_____	Date de naissance:	_____	Âge:	_____
Nom:	_____				
Prénom:	_____	No.Ass.Maladie :	_____	Expir.	_____
Adresse:	_____				
Ville:	_____	Code postal:	_____		
Tél. résidence:	_____	Tél. bureau:	_____	Cellulaire:	_____
Courriel :	_____				
Profession:	_____				
Référé(e) par:	Spécialiste Dr _____		ou autre: _____		
Nom de votre médecin:	_____				
Nom de votre dentiste:	_____				
Date de votre dernier examen dentaire:	_____				

ANAMNÈSE

Sexe: _____ Taille (en pied ou mètre): _____ Poids (en lbs ou Kg): _____ I : _____

COCHEZ LA RÉPONSE EXACTE

		OUI	NON
1.0	Est-ce que vous vous considérez de façon générale en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1	Avez-vous déjà été investigué pour de l'apnée du sommeil ? Date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, avez-vous eu un diagnostic et quel en était le niveau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Léger _____ Modéré _____ Sévère _____ Ne sais pas _____		
	Avez-vous essayé un compresseur à pression positive (CPAP) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, l'utilisez-vous à chaque nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Avez-vous des problèmes de tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, Haute pression _____ ou Basse pression _____		
1.3	Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Avez-vous des problèmes cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infarctus _____ angine _____ souffle au coeur _____		
	Autres problèmes cardiaques ? _____		
1.5	Avez-vous des troubles circulatoires ou sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Embolie _____ ACV _____ anémie _____ autre _____		
1.6	Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibiotique _____ aspirine _____ codéine _____ Autre _____		

(Notez que le genre masculin est utilisé dans ce questionnaire médical afin d'en alléger le contenu)

P1/6

FICHE MÉDICALE (suite)

		OUI	NON
1.7	Souffrez-vous d'arthrite _____ d'arthrose _____ de rhumatisme articulaire aigu _____ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Souffrez-vous d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Souffrez-vous de troubles émotionnels _____ troubles nerveux _____ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, suivez-vous un traitement actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Avez-vous des troubles de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Avez-vous des troubles de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12	Avez-vous remarqué que vous étiez plus irritable qu'à l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13	Avez-vous des problèmes respiratoires ? (asthme, MPOC, emphysème ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, quels sont-ils ? _____		
1.14	Avez-vous des troubles digestifs _____ du foie _____ des reins _____ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.15	Avez-vous des problèmes thyroïdiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypothyroïdie _____ Hyperthyroïdie _____		
1.16	Buvez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, lesquels ? _____		
	Si socialement, combien de consommations par semaine ? _____		
	Si tous les jours, combien de consommations ? _____		
1.17	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____		
1.18	Avez-vous souvent des maux de tête au réveil le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE HYGIÈNE DU SOMMEIL

2.1	Je suis un travailleur de nuit et dort le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Combien d'heures en moyenne dormez-vous ? _____		
2.3	Combien de temps prenez-vous pour vous endormir ? _____		
2.4	Vous vous réveillez combien de fois en moyenne par nuit ? _____		
2.5	Combien de fois en moyenne vous levez-vous pour aller uriner ? _____		
2.6	Vous arrive-t-il souvent de faire des siestes durant la semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Vous arrive-t-il souvent de faire des siestes durant la fin de semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Avez-vous un sommeil agité (beaucoup de déplacements au lit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Avez-vous des mouvements involontaires des jambes au coucher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Vous arrive-t-il de vous réveiller en vous étouffant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Vous arrive-t-il d'avoir de la sudation la nuit (diaphorèse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Notez que le genre masculin est utilisé dans ce questionnaire médical afin d'en alléger le contenu)

P2/6

Échelle de Somnolence «d'Epworth»*

La somnolence est la propension à "tomber" de sommeil si on n'est pas stimulé. Elle s'évalue sur l'échelle subjective d'Epworth qui est assez bien corrélée avec les résultats objectifs des enregistrements du sommeil et des siestes. Cette somnolence est très distincte de la sensation de fatigue qui vous oblige parfois à vous reposer.

Afin de pouvoir mesurer une éventuelle somnolence dans la journée et la soirée avant d'aller faire votre nuit de sommeil, voici quelques situations de la vie quotidienne où nous vous demandons d'évaluer vos possibilités de vous endormir. Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes :

notez **0** : s'il ne vous arrive jamais de somnoler: **aucune** chance de s'endormir,
 notez **1** : si cela vous arrive à l'occasion : **faible** chance de s'endormir,
 notez **2** : si cela arrive assez souvent : **moyenne** chance de s'endormir,
 notez **3** : si cela arrive systématiquement, à chaque fois : **forte** chance de s'endormir.

Situation:	Note (de 0 à 3):
Assis en train de lire	_____
En regardant la télévision	_____
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunions, salle d'attente...)	_____
Passager d'une voiture ou d'un transport en commun roulant depuis au moins une heure sans arrêt	_____
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances permettent de se reposer	_____
En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone)	_____
En position assise au calme après un repas sans alcool	_____
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	_____
Score final : (de 0 à 24)	_____

* Johns MW (1991) A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. Sleep, 14:540-545
 N.B. Le score global est représenté par la somme des scores individuels, la normale est inférieure à 10.
 Mise en garde : Certaines personnes sous-estiment leur somnolence.

Questionnaire de Berlin*

Catégorie 1

1. Ronflez-vous ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous ronflez :

2. Votre ronflement est :

- Légèrement plus fort que la respiration
- Fort comme la parole
- Plus fort que la parole
- Très fort, s'entend d'une pièce voisine

3. Quel est la fréquence de votre ronflement ?

- Presque tous les jours
- 3-4 fois / semaine
- 1-2 fois / semaine
- 1-2 fois / mois

4. Votre ronflement gêne-t-il les autres ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

5. Quelqu'un a-t-il remarqué que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil ?

- Presque tous les jours
- 3-4 fois / semaine
- 1-2 fois / semaine
- 1-2 fois / mois
- Jamais ou presque jamais

Catégorie 2

6. Vous sentez-vous souvent fatigué ou épuisé après avoir dormi (au réveil) ?

- Presque tous les jours
- 3-4 fois / semaine
- 1-2 fois / semaine
- 1-2 fois / mois
- Jamais ou presque jamais

7. À l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué, épuisé ou pas en forme ?

- Presque tous les jours
- 3-4 fois / semaine
- 1-2 fois / semaine
- 1-2 fois / mois
- Jamais ou presque jamais

8. Vous êtes-vous déjà assoupi ou endormi en conduisant un véhicule ?

- Oui
- Non

Si oui, 9. À quelle fréquence cela se produit-il ?

- Presque tous les jours
- 3-4 fois / semaine
- 1-2 fois / semaine
- 1-2 fois / mois
- Jamais ou presque jamais

Catégorie 3

10. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?

- Oui
- Non

À remplir avec le professionnel

11. IMC supérieur ou égale à 30 (Kg/m²)?

- Oui
- Non

* Chung *et al.*, 2008. *Anesthesiology*, 108(5), 822-830.

Advenant qu'on vous prescrive un ventilateur à pression positive continue (CPAP) ou une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), répondez à ces deux questions :

Si le traitement de votre trouble du sommeil nécessite **le port d'un masque nasal** la nuit, seriez-vous prêt à l'accepter?

	OUI	NON
Pour contrôler votre ronflement durant votre sommeil...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour éliminer les symptômes liés aux arrêts respiratoires nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si le traitement de votre trouble du sommeil nécessite **le port d'une orthèse d'avancée mandibulaire** la nuit, seriez-vous prêt à l'accepter?

	OUI	NON
Pour contrôler votre ronflement durant votre sommeil...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour éliminer les symptômes liés aux arrêts respiratoires nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La partie suivante sera remplie avec le professionnel

Circonférence du cou ajustée (CCA)*

		Résultats
	Circonférence du cou mesurée en cm	
Additionner :		
+ 4	Si hypertension artérielle	
+ 3	Si ronflement	
+ 3	Si présence d'arrêts respiratoires observés par l'entourage	
Total = Circonférence du cou ajustée		

N.B. Prendre la mesure du cou à sa partie la plus large. Pour les hommes, sous la pomme d'Adam.

Interprétation	
Moins de 43 cm = Faible risque de SAOS	} Peu importe le sexe
De 43 à 48 cm = Risque modéré de SAOS	
Plus de 48 cm = Risque élevé de SAOS	

*Source : Flemons, W. W. (2002). Clinical practice. obstructive sleep apnea. *The New England Journal of Medicine*, 347(7), 498-504.
doi:10.1056/NEJMcp012849

FICHE MÉDICALE (suite)

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE SANTÉ BUCCALE

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.0 Avez-vous toutes vos dents (sans compter les dents de sagesse) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si non, lesquelles sont absentes : _____ | | |
| 3.1 Avez-vous des prothèses complètes ou partielles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels : _____ | | |
| 3.2 Êtes-vous suivis régulièrement par un dentiste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, aux 6 mois _____ aux 12 mois _____ autre _____ ans | | |
| 3.3 Pouvez-vous manger et mâcher correctement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Vous réveillez-vous avec un malaise aux mâchoires, aux oreilles, à la nuque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Est-ce que vous serrez ou grincez des dents la nuit ou le jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 Votre partenaire a-t-il observé que vous grinciez des dents la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 Souffrez-vous souvent de sinusite, de congestion, de rhume ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 Avez-vous déjà eu de graves problèmes après un traitement dentaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, expliquez : _____ | | |
| 3.9 Souffrez-vous de sécheresse chronique de la bouche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.10 Avez-vous peur des actes dentaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MÉDICAMENTS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4.0 Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels ? _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 4.1 Avez-vous d'autres particularités de santé que nous devrions connaître ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels ? _____ | | |

À ma connaissance, j'ai donné un rapport médical exact de mon état de santé.

Signature du patient (parent / tuteur, si mineur)

Date

Signature du professionnel de la santé

Date