

ivSAS : insuffisance veineuse et risque d'apnées du sommeil

Questionnaire d'évaluation du risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil
Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Identité médecin

- Nom
- Prénom

Ville d'exercice :

Type de prise en charge

Cette consultation se déroule en :

- Clinique
- Libéral
- Hôpital : Patient hospitalisé
- Hôpital : Patient consultation externe aux urgences

Identité patient

Inscrivez la première lettre du prénom du patient :

Inscrivez la première lettre du nom du patient :

Motif de consultation

Quel est le motif de cette consultation ?

- Insuffisance veineuse
- Maladie thrombo-embolique veineuse
- Autre pathologie veineuse

Personnel

Sexe du patient

- Féminin
- Masculin

Le patient est-il ?

- Très sédentaire
- Plutôt sédentaire
- Plutôt actif
- Très actif

Quel est le stade d'insuffisance veineuse du patient ?

- C0 Aucun signe visible
- C1 Télangiectasies
- C2 Varices
- C3 Oedème
- C4 Troubles trophiques, dermite ocre
- C5 Ulcère veineux fermé
- C6 Ulcère veineux ouvert

Le patient porte des bas de contention habituellement ? (observant)

- Oui
- Non

Présence d'une atrophie blanche ou d'une dermatosclérose :

- Oui
- Non

Précision sur le stade d'œdème (en moyenne dans le mois écoulé) :

- Absence d'œdème
- Œdème minime
- Œdème important majoré le soir
- Œdème majeur permanent

Le patient est-il fumeur ?

- Oui
- Non

Combien de cigarettes par jour ?

Age du patient :

Syndrome d'apnée du sommeil

Avez-vous un syndrome d'apnée du sommeil connu ?

- Oui

- Non

Est-il appareillé la nuit ?

- Oui
- Non

Catégorie 1: Ronflement

total /6 :

Ronflez-vous ?

- Oui **(1 point)**
- Non
- Je ne sais pas

Intensité du ronflement

- Fort comme la respiration
- Fort comme la parole
- Plus fort que la parole **(1 point)**
- Très fort **(1 point)**

Fréquence du ronflement

- Presque tous les jours **(1 point)**
- 3/4 fois par semaine **(1 point)**
- 1/2 fois par semaine
- Jamais ou presque jamais

Votre ronflement gêne-t-il les autres ?

- Oui **(1 point)**
- Non

Est-ce quelqu'un a remarqué que vous arrêtez de respirer pendant le sommeil ?

- Presque tous les jours **(1 point)**
- 3/4 fois par semaine **(1 point)**
- 1/2 fois par semaine
- 1/2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

Catégorie 2: Somnolence

total /6 :

Êtes-vous fatigué après avoir dormi ?

- Presque tous les jours **(1 point)**
- 3/4 fois par semaine **(1 point)**

- 1/2 fois par semaine
- 1/2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

Êtes-vous fatigué durant la journée ?

- Presque tous les jours **(1 point)**
- 3/4 fois par semaine **(1 point)**
- 1/2 fois par semaine
- 1/2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

Vous êtes-vous déjà endormi en conduisant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui avec quelle fréquence cela se produit-il ?

- Presque tous les jours **(1 point)**
- 3/4 fois par semaine **(1 point)**
- 1/2 fois par semaine
- 1/2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

Catégorie 3: Facteur de risque

total /4 :

Êtes-vous hypertendu ?

- Oui **(2 points)**
- Non
- Je ne sais pas

Votre Taille en cm est de

Votre Poids en kg est de

(2 points si IMC>30 kg/m2)

Habitudes de sommeil

Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Tous les soirs

Vous réveillez-vous au cours de la nuit ?

- Jamais
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois ou plus

En cas de réveil, combien de temps mettez-vous pour vous rendormir ?

- moins de 10 min
- 10 à 30 min
- 30 à 60 min
- plus d'une heure

Vous levez-vous la nuit pour uriner ?

- Jamais
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois plus

Vous arrive-t-il de vous réveiller le matin en ayant mal à la tête ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Ressentez-vous, la nuit des contractions musculaires dans les jambes ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Avez-vous des troubles de la mémoire ou de l'attention ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Sensations gonflements

Pendant le dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu :

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Le soir, j'ai les pieds gonflés si bien que j'ai du mal à garder mes chaussures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Le soir, j'ai les traces de mes chaussettes sur mes jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai du mal à respirer dès que je m'allonge sur le dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis obligé de dormir avec 2 oreillers ou plus sinon j'ai du mal à respirer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dors assis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La nuit, je me réveille car j'ai du mal à respirer et je suis obligé de me mettre assis pour reprendre mon souffle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matin, mon visage est gonflé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matin, mes mains sont gonflées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matin, j'ai la sensation d'avoir la gorge gonflée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matin, j'ai la sensation d'avoir le nez obstrué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la journée, j'ai une sensation de jambes lourdes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Signes d'hypotestostéronémie

Ressentez-vous :

	Oui	Non
Asthénie, fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baisse de libido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte de l'érection matinale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antécédents

Antécédents ORL :

	Oui	Non
Opération		
Amygdales/Végétations/Déviations de la cloison nasale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinusite chronique/Rhinite chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antécédents pneumologiques :

	Oui	Non
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchopathie chronique obstructive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antécédents cardio-vasculaire :

	Oui	Non
Angor ou infarctus du myocarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du rythme cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antécédents neuro-psychiatriques :

	Oui	Non
Episode de dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antécédents endocrino-métaboliques :

	Oui	Non
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypercholestérolémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypothyroïdie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Calcul du Score de Berlin :

Le questionnaire comprend 3 catégories relatives au risque d'apnée du sommeil. Les patients seront classés comme à haut risque ou à faible risque en fonction de leurs réponses à chaque question et de leur note générale dans chacune des catégories de symptômes.

Ajoutez les points dans chaque catégorie.

Chaque catégorie est positive si le score total est de 2 points ou plus.

La Catégorie 3 est positive si le patient est hypertendu OU si l'IMC du patient est supérieure à 30 kg/m²

(L'IMC doit être calculé. Il se définit comme le poids (kg) divisé par la taille (m) au carré, c.-à-d., kg/m²).

À haut risque : Si 2 Catégories ou plus ont un score positif.

À faible risque : Si 0 ou 1 catégorie a un score positif.

Si 2 à 3 catégories sont supérieures à 2, merci de remettre la fiche d'information patient et de remplir et envoyer le fax coordonnées patient.

Merci d'avoir complété ce questionnaire, vous avez grandement contribué à l'avancée de la science !