

Questionnaire en cas de troubles du sommeil :

(Rayez les mentions inutiles et/ou entourez les bonnes réponses)

Depuis quelle date ?

Y a-t-il eu un évènement marquant à cette date ?

Endormissement : bon / mauvais

Réveils fréquents : oui / non

Réveil très tôt le matin oui / non

Besoins fréquents d'uriner la nuit oui / non si oui combien de fois :

Apnées du sommeil : oui / non / ne sait pas appareillé oui / non

Cauchemars oui / non

Ruminations nocturnes oui / non

Hyperactif la journée oui / non

Fatigué la journée oui / non

Stress la journée oui / non

Peur de la mort oui / non

Peur de mourir oui / non

Peur de perdre mes proches oui / non

« Je n'ai pas fait certains deuils » oui / non

« L'erreur peut être fatale, je n'ai pas le droit à l'erreur » oui / non

« C'est lorsque je me laisse aller qu'arrive la catastrophe » oui / non

« Il faut tout contrôler, même l'incontrôlable » oui / non

« J'ai peur de perdre le contrôle » oui / non

« Personne ne veille sur moi » oui / non

Je me juge mal, j'ai peur d'être mal jugé, je me sens jugé, peur du regard des autres oui / non

« Je veille sur un défunt qui n'a pu être veillé » oui / non

« Je reste éveillé pour prendre le relais de veiller sur quelqu'un » oui / non

« Je dois veiller sur... » oui / non

« Je m'endors sur le fauteuil, mais en position allongé je ne dors plus » oui / non

« je ne peux pas rester dans le noir, j'ai peur du noir » oui / non

« je ne supporte pas le silence, je m'endors avec la TV » oui / non

« j'ai vécu un ou plusieurs choc émotionnel intense dans ma vie » oui / non

Si oui les lister :