

# Formulaire de demande d'orientation pour des troubles du sommeil

---

- **Avez-vous parlé de vos troubles du sommeil à votre médecin ?**

Oui  Non

- **Avez-vous déjà consulté un spécialiste du sommeil ?**

Oui  Non

- **Coordonnées de votre médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

- **Vos coordonnées :**

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe :  Femme  Homme

Poids :                      Taille :

Né(e) le :

Adresse :

CP et ville :

Téléphone :

Email :

Profession :

Lieu de travail (département et ville) :

Situation familiale :

Nombre d'enfants au foyer :

N°sécurité sociale :

- **Questionnaire de sommeil à compléter**

- **Comment avez-vous connu le centre du sommeil Respir ?**

Par son site internet

Par un autre médecin

Par votre médecin traitant

Par le bouche à oreille

Par la presse écrite

Autre (merci de préciser) :

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre aux questionnaires qui vont suivre. Ils sont essentiels pour la qualité de votre accompagnement.

# Questionnaire de sommeil

- Vos troubles sont-ils réguliers (plus de 3 mois et plus de 3x par semaine) ?

Oui  Non  Ne sait pas

- Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?

Oui  Non  Ne sait pas

## Symptômes des troubles du sommeil

- Ressentez-vous les symptômes suivants au moins 3x par semaine et depuis plus de 3 mois et qui ont des conséquences sur la qualité de vos journées ?

Oui  Non  Ne sait pas

- Avez-vous

Des difficultés d'endormissement ?

Oui  Non

Des réveils en milieu de nuit ?

Oui  Non

Des réveils en fin de nuit / réveils précoces ?

Oui  Non

La sensation de ne pas dormir ?

Oui  Non

- Avez-vous des troubles respiratoires ?

Ronflez-vous ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ?

Oui  Non  Ne sait pas

Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ?

Oui  Non  Ne sait pas

- Êtes-vous somnolent ?

Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ?

Oui  Non  Ne sait pas

Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?

Oui  Non

Êtes-vous gêné par le besoin de lutter contre l'envie de dormir en cours de journée ?

Oui  Non

Avez-vous déjà failli vous endormir au volant ?

Oui  Non

- Périodes de sommeil

Avez-vous des horaires de sommeil décalés ?

Oui  Non  Ne sait pas

Spontanément vous ne dormez pas la nuit, mais le matin et en début d'après-midi

Oui  Non

Si oui, est-ce lié à un rythme imposé de travail ?

Oui  Non

Si oui, depuis combien de temps (en années) ?

- Avez-vous d'autres troubles ?

Souffrez-vous d'une gêne dans les jambes ou les bras en fin de journée uniquement lorsque vous êtes au repos, avec le besoin de bouger pour soulager votre inconfort ?

Oui  Non  Ne sait pas

Somnambulisme / cauchemars / rêves pénibles

Oui  Non  Ne sait pas

Autres, précisez :

- Vos troubles du sommeil ont débuté depuis le ? (jj/mm/aa)

En relation avec un facteur déclenchant ?

Oui  Non

Si oui, précisez :

## Évaluation de la somnolence (questionnaire d'Epworth)

- 0** : aucune chance de somnoler ou de s'endormir  
**1** : faible chance de s'endormir  
**2** : chance moyenne de s'endormir  
**3** : forte chance de s'endormir

	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Comme passager d'une voiture roulant sans arrêt pendant 1h	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**TOTAL :**

## Évaluation de l'intensité des troubles (échelle de 0 à 10)

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation. Cochez une case entre les 2 propositions.

### Intensité des troubles du sommeil :

Ces troubles ne me gênent pas du tout

1     2     3     4     5     6     7     8

Ces troubles me gênent beaucoup

9     10

### Qualité du sommeil :

Mon sommeil est mauvais

1     2     3     4     5     6     7     8

Mon sommeil est excellent

9     10

### Qualité de l'éveil pendant la journée

Je suis somnolent dans la journée

1     2     3     4     5     6     7     8

Je suis bien éveillé dans la journée

9     10

## Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Cochez le chiffre correspondant pour chacune des questions.

- **Merci d'estimer la sévérité actuelle de vos difficultés de sommeil**

Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés

Aucuns	Légers	Moyens	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Problème de réveils trop tôt le matin

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- **A quel point êtes-vous insatisfait / satisfait de votre sommeil actuel ?**

Très satisfait		Modérément satisfait		Insatisfait
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- **A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont perturbées avec votre fonctionnement quotidien (par ex : fatigue, mémoire, humeur...) ?**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- **A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en termes de détérioration de la qualité de vie ?**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- **A quel point êtes-vous inquiet(iète) / préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**TOTAL :**

## Signes d'orientation organique

	Oui	Non	Ne sait pas
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité / libido ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous, en vous couchant, des régurgitations acides dans le fond de la gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des sueurs nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des maux de tête au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous gêné par une toux nocturne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de pertes d'urine au lit au cours du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et / ou dans les bras) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce soulagé par des mouvements des jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, survenant exclusivement ou principalement la soirée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, qui débutent au repos ou si vous êtes inactif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroites ou des chutes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce provoqué lors d'un éclat de rire ou d'une colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas (rêves, cauchemars éveillés), au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous obligé de prévoir plusieurs réveils ou alarmes pour arriver à vous lever le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Signes d'orientation psychologique

- Êtes-vous anxieux ?  Oui  Non  Ne sait pas
- Avez-vous connu une période dépressive ?  Oui  Non  Ne sait pas
- Êtes-vous actuellement en dépression ?  Oui  Non  Ne sait pas
- Si oui, êtes-vous suivi pour cela ?  Oui  Non  Ne sait pas

## Questionnaire HAD

Pour répondre à ces questions, donnez la réponse qui exprime le mieux ce que vous éprouvez au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

1. Je me sens tendu ou énervé	
La plupart du temps	<input type="checkbox"/> 3
Souvent	<input type="checkbox"/> 2
De temps en temps	<input type="checkbox"/> 1
Jamais	<input type="checkbox"/> 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	
Oui, autant qu'avant	<input type="checkbox"/> 0
Pas autant	<input type="checkbox"/> 1
Un peu seulement	<input type="checkbox"/> 2
Presque plus	<input type="checkbox"/> 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	
Oui, très nettement	<input type="checkbox"/> 3
Oui, mais pas grave	<input type="checkbox"/> 2
Un peu, mais pas d'inquiétude	<input type="checkbox"/> 1
Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	
Autant que par le passé	<input type="checkbox"/> 0
Plus autant qu'avant	<input type="checkbox"/> 1
Vraiment moins qu'avant	<input type="checkbox"/> 2
Plus du tout	<input type="checkbox"/> 3

5. Je me fais du soucis	
Très souvent	<input type="checkbox"/> 3
Assez souvent	<input type="checkbox"/> 2
Occasionnellement	<input type="checkbox"/> 1
Très occasionnellement	<input type="checkbox"/> 0

6. Je suis de bonne humeur	
Jamais	<input type="checkbox"/> 3
Rarement	<input type="checkbox"/> 2
Assez rarement	<input type="checkbox"/> 1
La plupart du temps	<input type="checkbox"/> 0

7. Je peux rester à ne rien faire et me sentir décontracté	
Oui, quoi qu'il arrive	<input type="checkbox"/> 0
Oui, en général	<input type="checkbox"/> 1
Rarement	<input type="checkbox"/> 2
Jamais	<input type="checkbox"/> 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
Presque toujours	<input type="checkbox"/> 3
Très souvent	<input type="checkbox"/> 2
Parfois	<input type="checkbox"/> 1
Jamais	<input type="checkbox"/> 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
Jamais	<input type="checkbox"/> 0
Parfois	<input type="checkbox"/> 1
Assez souvent	<input type="checkbox"/> 2
Très souvent	<input type="checkbox"/> 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	
Plus du tout	<input type="checkbox"/> 3
Je n'y accorde pas autant d'attention	<input type="checkbox"/> 2
Il se peut que je fasse moins attention	<input type="checkbox"/> 1
J'y prête autant d'attention qu'avant	<input type="checkbox"/> 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
Oui, c'est tout à fait le cas	<input type="checkbox"/> 3
Un peu	<input type="checkbox"/> 2
Pas tellement	<input type="checkbox"/> 1
Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0

12. Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses	
Autant qu'avant	<input type="checkbox"/> 0
Un peu moins qu'avant	<input type="checkbox"/> 1
Bien moins qu'avant	<input type="checkbox"/> 2
Presque jamais	<input type="checkbox"/> 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	
Vraiment très souvent	<input type="checkbox"/> 3
Assez souvent	<input type="checkbox"/> 2
Pas très souvent	<input type="checkbox"/> 1
Jamais	<input type="checkbox"/> 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision	
Souvent	<input type="checkbox"/> 0
Parfois	<input type="checkbox"/> 1
Rarement	<input type="checkbox"/> 2
Très rarement	<input type="checkbox"/> 3

## Vos habitudes

- **Êtes-vous fumeur (y-compris cigarette électronique avec nicotine) ?**  Oui  Non  
Si oui, nombre de cigarettes par jour :
- **Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes (café, thé, cola, ...) ?**  Oui  Non  
Si oui, nombre de tasses et de verres par jour au total :
- **Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, ...) ?**  Oui  Non  
Si oui, nombre de verres par jour :
- **Consommez-vous de la drogue ?**  Oui  Non
  - Cannabis
  - Ecstasy / MDMA
  - Cocaïne
  - Autres :
- **Pratiquez-vous une activité sportive ?**  Oui  Non  
Si oui, plutôt :
  - Rarement
  - Occasionnellement
  - Régulièrement
  - Intensivement
 Si régulièrement ou intensivement, pratiquez-vous le plus souvent :
  - En journée
  - En soirée
- **Avez-vous pris du poids récemment ?**  Oui  Non  
Si oui, en combien de temps (mois) :  
Nombre de kilos pris :

## Vos horaires et habitudes de sommeil

- **Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ?**  
Entre            et
- **Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ?**  
Entre            et
- **Vers quelle heure vous couchez-vous en période de repos/vacances ?**  
Entre            et
- **Vers quelle heure vous levez-vous en période de repos/vacances ?**  
Entre            et
- **Une fois couché dans votre lit, essayez-vous de dormir tout de suite ou aimez-vous passer du temps à faire quelque chose ? (Plusieurs réponses possibles)**
  - Je cherche à dormir immédiatement
  - Ou
  - J'ai une activité sexuelle
  - Je lis un livre ou une revue
  - J'utilise mon téléphone/tablette/ordinateur pour échanger (SMS, emails, réseaux sociaux)
  - Je garde mon smartphone allumé à côté de moi
  - Je regarde la TV
  - Autre :

- **En moyenne, combien de temps s'écoule entre le moment où vous vous couchez et le moment où vous cherchez à vous endormir ?**
  - J'ai une activité pendant moins de 30 min
  - J'ai une activité entre 30 mn et 1 h
  - J'ai une activité entre 1 h et 2 h
  - J'ai une activité plus de 2 h
- **Il vous faut combien de temps pour vous endormir ?**  
minutes
- **Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils :**  
minutes
- **Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ?**  
heures

### Comportement

- **Sortez-vous le soir (soirée, théâtre, cinéma...) plus de 3 fois /semaine ?**  Oui  Non
- **Juste avant le coucher, utilisez-vous régulièrement (+ de 3 fois/sem) un ordinateur ou une tablette pendant plus d'une heure ?**  Oui  Non

### Au réveil

- **Votre réveil est-il spontané ?**  Oui  Non
- **Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?**
  - En forme et dispo
  - Encore fatigué et endormi
  - Autre :
- **Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?**  Oui  Non
- **Travaillez-vous (professionnel ou domestique), le soir chez vous jusqu'au coucher plus de 3 fois/semaine ?**  Oui  Non

### État de santé

- **Avez-vous de l'hypertension ?**  Oui  Non
- **Avez-vous des troubles cardiaques ?**  Oui  Non  
Si oui, précisez :
- **Avez-vous du diabète ?**  Oui  Non
- **Avez-vous des troubles respiratoires ?**  Oui  Non  
Si oui, précisez :
- **Avez-vous des troubles neurologiques ?**  Oui  Non  
Si oui, précisez :
- **Avez-vous des troubles psychiatriques ?**  Oui  Non  
Si oui, précisez :
- **Avez-vous des problèmes thyroïdiens ?**  Oui  Non  
Si oui, précisez :
- **Etes-vous ménopausée ?**  Oui  Non
- **Etes-vous suivi pour une autre maladie ?**  Oui  Non

## Antécédents familiaux

(Troubles du sommeil dont souffrent vos parents, frères et sœurs)

	Oui	Non	Ne sait pas
Insomnie ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'apnées du sommeil ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome des jambes sans repos ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narcolepsie ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersomnie ? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Traitement(s) actuel(s)

Avez-vous un traitement pour :	Oui	Non	Ne sait pas
Une dépression ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anxiété ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des douleurs ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des troubles de la tension artérielle ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du diabète ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Avez-vous récemment arrêté un traitement ?**

Oui  Non

Si oui, lequel ?

## Traitement(s) médicamenteux actuel(s) :

Si ce questionnaire ne décrit pas exactement votre sommeil, merci de préciser :

## Échelle de fatigue de Pichot

Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant une note entre 0 et 4 :  
(0 = Pas du tout ; 1= Un peu ; 2 = Moyennement ; 3= Beaucoup ; 4 = Extrêmement)

<input type="checkbox"/> Je manque d'énergie.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Tout demande un effort.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Je me sens faible à certains endroits du corps.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> J'ai les bras ou les jambes lourdes.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Je me sens fatigué sans raison.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> J'ai envie de m'allonger pour me reposer.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> J'ai du mal à me concentrer.....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Je me sens fatigué, lourd et raide.....	1	2	3	4

**Score**

## Échelle de dépression de Pichot

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes par Vrai ou Faux, en faisant référence à votre état ces derniers jours.

	<b>VRAI</b>	<b>FAUX</b>
<input type="checkbox"/> En ce moment, ma vie me semble vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je suis sans énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En ce moment, je suis triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je suis sans espoir pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Score**

Pour votre information, au regard de l'organisation du centre ,tout rendez-vous non honoré et non annulé 48h à l'avance donnera lieu à une facturation.

Merci de votre compréhension

SIGNATURE