

**Cabinet médical de pneumologie
& pathologies du sommeil**

Dr Ines Nya

LABORATOIRE DU SOMMEIL

QUESTIONNAIRES

Maison de sante les Mouillères

2 bis Rue des Mouillères

Tel : 03 39 54 00 88

Email : drines.nya@cpngu.fr

Nom :

Prénom :

▲ 1 grille = 15 jours

Merci de remplir au minimum 15 jours.

Idéalement remplir 1 mois avant l'examen

1. CALENDRIER DE SOMMEIL



Indiquer par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever



Indiquer par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste



Indiquer par une zone vide un long réveil

Indiquer votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)

		Horaire de la journée et de la nuit																									
	Jour	Date	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Exemple	Lundi	01/09/202...											↓	R	R								↑				
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											