

INDEX DE QUALITÉ DU SOMMEIL DE PITTSBURGH

Nom(s), prénom(s) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ . Date du jour : ____ / ____ / ____

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Bien vouloir répondre à toutes les questions.

Au cours du mois dernier,

1. **À quelle heure êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?** _____
2. **Combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?** _____
3. **À quelle heure vous êtes-vous habituellement levé le matin ?** _____
4. **Combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?** (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passé au lit) _____

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse.

5. **Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...**

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) Vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 min				
b) Vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou trop tôt le matin (précocement)				
c) Vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) Vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) Vous avez toussé ou ronflé bruyamment				
f) Vous avez eu trop froid				
g) Vous avez eu trop chaud				
h) Vous avez eu de mauvais rêves				
i) Vous avez eu des douleurs				
j) Pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons				

INDEX DE QUALITÉ DU SOMMEIL DE PITTSBURGH

Au cours du mois dernier

6. Comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

Très bonne	Assez bonne	Assez mauvaise	Très mauvaise

7. Combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

8. Combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

9. À quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

Pas du tout un problème	Seulement un tout petit problème	Un certain problème	Un très gros problème

10. Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

Ni l'un, ni l'autre	Oui, mais dans une chambre différente	Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit	Oui, dans le même lit