

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 1

Veuillez remplir tous les champs (minutes ET heures) même si c'est zéro

En moyenne, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin généralement pour être en forme le lendemain ?

<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	min
----------------------	---	----------------------	-----

En semaine ou en période de travail, le plus souvent :

A quelle heure vous mettez-vous au lit ?

Heures	<input type="text"/>	min	<input type="radio"/> 00	<input type="radio"/> 15	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 45
--------	----------------------	-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A quelle heure éteignez-vous la lumière ?

Heures	<input type="text"/>	min	<input type="radio"/> 00	<input type="radio"/> 15	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 45
--------	----------------------	-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?

<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	min
----------------------	---	----------------------	-----

Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

- Oui
- Non

Si oui, répondre aux 2 prochaines questions.

En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ?

Si vous vous réveillez la nuit, quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes éveillé(e) ?
(Par exemple, s'il s'agit de 1 heure et demie, mettez 90 min)

<input type="text"/>	min
<input type="radio"/> Je ne me souviens pas <input type="radio"/> Je ne sais pas 	

En général, à quelle heure vous réveillez-vous ?

Heures	<input type="text"/>	min	<input type="radio"/> 00	<input type="radio"/> 15	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 45
--------	----------------------	-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Problèmes de réveils trop tôt le matin :

- Aucun
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e)/ insatisfait(e) de votre sommeil actuel ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt neutre
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement quotidien (fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

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

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet(ète)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

SI au cours des douze derniers mois, vous N'AVEZ PAS pris des produits pour vous aider à dormir.

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - **Partie 3**
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vous arrive-t-il de lutter contre le sommeil pendant la journée, même lorsque vous avez bien dormi la nuit précédente ?

- Souvent
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

Quel est votre poids actuel ?

Kg

Quelle est votre taille actuelle ?

cm

Est-ce que votre poids a changé de plus de 5 kilos au cours des 5 dernières années ?

- Oui
- Non

Mon poids a

- Augmenté
- Diminué

De combien de kilos ?

Kg

◀ Précédent | Suite ▶

