

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CODE CONFIDENTIEL A RETENIR

.....

DATE :

GENRE : H / F / DATE DE NAISSANCE : DOMICILE :PROFESSION : RETRAITE : OUI / NON /

CONTACT AU CHOIX (tel, email, boîte postale) :

TAILLE : cm POIDS : kg

SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE : ressentez-vous souvent 1 ou plusieurs de ces signes ?

DIFFICULTE RESPIRATOIRE : NON / OUI AU REPOS / OUI A L'EFFORT / DOULEURS THIORACIQUES : NON / OUI AU REPOS / OUI A L'EFFORT / PALPITATIONS : NON / OUI AU REPOS / OUI A L'EFFORT /

ANTECEDENTS

HYPERTENSION ARTERIELLE : NON / OUI / Equilibrée ce jour : NON / OUI / SI OUI : ANNEE DE DECOUVERTE / TRAITEMENTTABAGISME ACTIF : NON / OUI /

SI OUI : DATE DE DEBUT DATE D'ARRET

NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR

NOMBRE DE CIGARES PAR SEMAINE

DIABETE : NON / OUI / SI OUI : ANNEE DE DECOUVERTE / TRAITEMENTHYPERCHOLESTEROLEMIE : NON / OUI / SI OUI : ANNEE DE DECOUVERTE / TRAITEMENTCONSOMMATION D'ALCOOL : NON / OUI / SI OUI : VIN / BIERE / LIQUEUR /

NOMBRE DE VERRES PAR JOUR :

MENOPAUSE : NON / OUI / SI OUI : ANNEEREVENU MENSUEL (F CFA) : / < 50 000 / 50 000 à 100 000 / 100 001 à 300 000/ 300 001 à 500 000 / 500 001 à 1 000 000 / > 1 000 001

ACTIVITE PHYSIQUE

NOMBRE D'HEURES D'ACTIVTE PHYSIQUE PAR SEMAINE :

TYPES D'ACTIVITE PHYSIQUE : / MARCHÉ / JOGGING / VELO / TAPIS / NATATION

AUTRES A PRECISER :

DONNEES CLINIQUES

POIDSkg POcm

APRES 5 MIN DE REPOS : FCbatts/min PA : mmHg

A REMPLIR

NIVEAU DE STRESS (remplir la 1^{ère} fiche jointe)NIVEAU HABITUEL D'ACTIVITE PHYSIQUE (remplir la 2^{ème} fiche jointe)INDEX DE LA QUALITE DU SOMMEIL (remplir la 3^{ème} fiche jointe)

Evaluation du niveau habituel d'activité physique (Ricci et Gagnon).
Entourez la bonne réponse

| ACTIVITES | POINTS | | | | |
|--|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| COMPORTEMENTS SEDENTAIRES | | | | | |
| Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail) ? | > 5h | 4 à 5 h | 3 à 4 h | 2 à 3h | < 2 h |
| ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIRS (DONT SPORTS) | | | | | |
| Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ? | NON | | | | OUI |
| A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ? | 1-2 fois /mois | 1 fois /semaine | 2 fois /semaine | 3 fois /semaine | 4fois /semaine |
| Combien de min consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique | < 15 min | 16 à 30 min | 31 à 45 min | 46 à 60 min | > 60 min |
| Habituellement comment percevez-vous votre effort ? 1= effort très facile ; 5= effort difficile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES | | | | | |
| Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ? | Légère | Modérée | Moyenne | Intense | Très Intense |
| En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers (bricolage, ménages, jardinage)? | < 2 h | 3 à 4 h | 5 à 6 h | 7 à 9 h | >10h |
| Combien de min par jour consacrez-vous à la marche ? | < 15 min | 16 à 30 min | 31 à 45 min | 46 à 60 min | > 60 min |
| Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ? | < 2 | 3 à 5 | 6 à 10 | 11 à 15 | >16 |

Evaluation du niveau de stress

AU TRAVAIL

1- Le vécu

Etes-vous globalement satisfait de votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

Avez-vous de bonnes relations avec les autres dans votre entreprise ?

Oui /_/ Non /_/

Avez-vous des retours, positifs ou négatifs, sur le résultat de votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

Vous sentez-vous entouré dans votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

2- L'entreprise

Votre entreprise se porte-t-elle bien ?

Oui /_/ Non /_/

L'ambiance est-elle bonne ?

Oui /_/ Non /_/

Y a-t-il peu d'absences ?

Oui /_/ Non /_/

Y a-t-il peu de départs ?

Oui /_/ Non /_/

Vos perspectives de promotion sont-elles satisfaisantes ?

Oui /_/ Non /_/

3- L'organisation du travail

Vos horaires de travail vous conviennent-ils ?

Oui /_/ Non /_/

Avez-vous le sentiment d'avoir le temps de bien faire votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

Vous donne-t-on les moyens de vous adapter ?

Oui /_/ Non /_/

Etes-vous libre de vous organiser ?

Oui /_/ Non /_/

Etes-vous constamment pressé (e) par le temps à cause d'une forte charge de travail ?

Oui /_/ Non /_/

Etes-vous fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans votre travail ?

Oui /_/ Non /_/

Etes-vous souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires ?

Oui /_/ Non /_/

4- Les signes

La fatigue

Oui /_/ Non /_/

Les troubles du sommeil

Oui /_/ Non /_/

L'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool.

Oui /_/ Non /_/

La somatisation : vos tracas vous causent des maux physiques.

Oui /_/ Non /_/

A LA MAISON

Après chaque symptôme, indiquez **0** si vous ne l'avez jamais ressenti, **1** si vous le ressentez un peu ou rarement, **2** si vous le ressentez souvent, **3** si vous le ressentez continuellement.

| | | | |
|--|-------|---------------------------------|-------|
| Je vieillis vite | 1 2 3 | Je panique | 1 2 3 |
| J'ai les nerfs à fleur de peau | 1 2 3 | Je suis déprimé | 1 2 3 |
| Je m'isole | 1 2 3 | J'ai perdu le désir d'apprendre | 1 2 3 |
| Je fuis tout ce que je peux fuir | 1 2 3 | J'ai un sentiment de vide | 1 2 3 |
| Je n'ai plus de goût de faire quoi ce soit | 1 2 3 | | |
| Je fais de plus en plus d'effort pour de moins en moins de résultats | | | 1 2 3 |
| Je ne me reconnais plus | 1 2 3 | Je suis désespéré | 1 2 3 |
| Je suis au bout du rouleau | 1 2 3 | J'ai des idées suicidaires | 1 2 3 |
| J'ai l'impression que quelque chose en moi est brisé | 1 2 3 | | |

Index de qualité du sommeil de Pittsburg (PSQI)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. 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. Répondez à toutes les questions.

1. Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ? Heure habituelle du coucher :
2. Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ? Nombre de minutes :
3. Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ? Heure habituelle du lever :
4. Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit) Nombre d'heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

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'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn | | | | |
| b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin | | | | |
| c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes | | | | |
| d) vous n'avez pas pu respirer correctement | | | | |
| e) vous avez toussé | | | | |
| 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 | Pas au cours du dernier mois | Moins d'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
| | | | | |

6. Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?
 /_/ Très bonne /_/ Assez bonne /_/ Assez mauvaise /_/ Très mauvaise

7. Au cours du mois dernier, 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'1 fois par semaine /_/ 1 ou 2 fois par semaine /_/ 3 ou 4 fois par semaine
8. Au cours du mois dernier, 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'1 fois par semaine /_/ 1 ou 2 fois par semaine /_/ 3 ou 4 fois par semaine
9. Au cours du mois dernier, 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
11. Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

| | Pas au cours du dernier mois | Moins d'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) un ronflement fort | | | | |
| b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil | | | | |
| c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez | | | | |
| d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil | | | | |
| e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil | | | | |