



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez que le Réseau Morphée participe à la prise en charge de vos troubles chroniques du sommeil et nous vous remercions de votre confiance.

Afin de traiter au mieux votre demande, nous vous prions de bien vouloir compléter ce dossier qui comprend :

- **le formulaire de demande de prise en charge,**
- **la fiche de consentement,**
- **le questionnaire du sommeil.**

Et de l'envoyer par courrier à :

**Réseau Morphée
2, Grande Rue
92 380 GARCHES**

Il est indispensable que vous preniez le temps de bien répondre à l'ensemble des items ; ces éléments seront analysés par un médecin coordonnateur du réseau qui pourra ainsi vous proposer l'orientation la plus adaptée à votre situation.

Pour assurer la coordination de votre prise en charge, votre médecin traitant sera tenu informé de l'orientation qui vous sera proposée.

Nous vous précisons également que la prise en charge par le Réseau Morphée est gratuite puisque notre structure bénéficie à cet effet de soutiens institutionnels. Par contre, les éventuelles consultations auprès des médecins vers lesquels vous seriez orienté(e) vous seront facturées et remboursées conformément aux conventions de l'Assurance maladie en vigueur.

Dans le cadre de l'évaluation des actions et de la volonté du Réseau Morphée d'offrir le meilleur soutien et l'orientation la plus efficace aux patients, un questionnaire de suivi et de satisfaction vous sera envoyé. Nous vous remercions par avance de bien vouloir y répondre.

L'équipe du Réseau Morphée se tient à votre disposition pour vous donner tout complément d'information.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL

Afin de vous aider et de vous orienter au mieux, nous vous remercions de répondre à chaque question.

1. Avez-vous parlé de vos troubles du sommeil à votre médecin traitant ? oui non

2. Avez-vous déjà consulté un spécialiste du sommeil ? oui non
(Si oui, merci de bien vouloir joindre à votre dossier une copie des examens déjà réalisés)

3. Coordonnées de votre médecin traitant

(Nom, adresse et n° de téléphone – Merci de demander à votre médecin traitant d'apposer son cachet ; un espace « commentaires » est prévu pour lui page 8)

4. Vos coordonnées

Toutes les informations demandées ci-après sont indispensables pour le traitement de votre dossier.

NOM : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

NE(E) LE :/...../..... A :

ADRESSE :

CP : VILLE :

TEL DOM. : TEL PORTABLE :

ADRESSE E-MAIL :@.....

PROFESSION :

LIEU DE TRAVAIL (DEPT et VILLE) :

SITUATION FAMILIALE :

5. Fiche de consentement à dater et signer (page 2)

Si le patient est mineur, le consentement doit obligatoirement être signé par l'un au moins de ses parents (ou son tuteur légal).

6. Questionnaire de sommeil à compléter (pages 3 à 7)

7. Accepteriez-vous une orientation vers un médecin spécialiste du sommeil conventionné pratiquant des honoraires libres (secteur 2) ?

Oui Non

8. Précisions éventuelles sur ce que vous attendez (type de prise en charge) :

.....
.....
.....

9. Comment avez-vous connu le Réseau Morphée ?

- Par son site internet Par la radio/télé Par la presse écrite
 Par votre médecin traitant Par un autre médecin
 Autre, merci de préciser :

10. Je souhaite être tenu(e) informé(e) des actions d'information et d'éducation sur le sommeil que le réseau met en place pour le grand public et/ou ses patients

Oui Non

Le Réseau Morphée est une association à but non lucratif, financée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Il regroupe des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des troubles du sommeil et dispose d'une équipe salariée composée notamment de médecins coordonnateurs spécialistes du sommeil.

Ses actions se situent à plusieurs niveaux :

- ⇒ Informer le grand public et les patients sur les pathologies du sommeil ;
- ⇒ Aider et orienter les patients qui s'adressent à lui ;
- ⇒ Proposer des groupes d'éducation thérapeutique, tels que les ateliers sur l'insomnie ou les apnées du sommeil ;
- ⇒ Travailler en équipe autour du patient au travers de parcours de soins innovants ;
- ⇒ Former les médecins et faciliter la communication entre eux ;
- ⇒ Mettre à disposition un dossier médical partagé sécurisé.

« Pour mieux bénéficier des avantages du réseau, il m'est nécessaire autant que possible :

- *de recourir à mon médecin traitant pour le traitement de mes troubles du sommeil,*
- *de remplir les questionnaires mis à ma disposition afin d'évaluer au mieux ma pathologie et de définir au plus juste mon traitement,*
- *de respecter les recommandations des professionnels de santé pour une bonne mise en place des soins.*

Si je le désire, je peux à tout moment arrêter ma participation au réseau par courrier simple et en informant mon médecin traitant. »

Fait à :

Le :

Nom et signature du patient

PATIENT MINEUR :

**Nom, coordonnées et signature de l'un des
parents (ou du tuteur légal)**

Traitement informatique des données administratives :

Les informations recueillies page 1 du dossier (« formulaire de demande de prise en charge ») font l'objet d'un traitement informatique destiné à constituer un dossier administratif informatisé. Le destinataire des données est uniquement le Réseau Morphée. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Réseau Morphée, 2 Grande Rue, 92380 Garches. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

Merci de prendre le temps de bien répondre à TOUTES les questions ci-après (p. 3 à 7)

SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

OUI NON

Avez-vous une Insomnie ?

Si oui, c'est une insomnie plutôt :

- d'endormissement
- de milieu de nuit
- de fin de nuit
- Sensation de ne pas dormir

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

- Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?
- Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée ?
- Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) de la circulation ou de travail lié(s) à la somnolence ?
- Si oui, combien ?

Avez-vous un sommeil décalé ?

- Si oui, est-il : - Spontané
- Lié à un rythme imposé (3x8, travail de nuit...)

Avez-vous d'autres troubles ?

- Somnambulisme
- Terreur nocturne
- Rêve d'angoisse (vous avez le souvenir d'un rêve angoissant)
- Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil)
- Crise d'épilepsie au cours du sommeil
- Autres : précisez :

Mes troubles de sommeil ont débuté en ___ / ___ / ___ (jj/mm/aa)

Si vos troubles sont de très longue durée, précisez simplement le mois et/ ou l'année de début

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

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

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

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

TOTAL :

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation. Pour chaque item, merci de mettre une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

- **Intensité des troubles du sommeil :**

Ces troubles ne me
gênent pas du tout

Ces troubles me
gênent beaucoup

- **Qualité du sommeil :**

Mon sommeil
est mauvais

Mon sommeil
est excellent

- **Qualité de l'éveil pendant la journée :**

Je suis somnolent(e)
dans la journée

Je suis bien éveillé(e)
dans la journée

INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE :

A ne compléter que si vous souffrez d'insomnie

Encercler le chiffre correspondant pour chacune des questions.

1. Merci d'estimer la SEVERITE actuelle de vos difficultés de sommeil :

Difficultés à s'endormir :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

Problème de réveils trop tôt le matin :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

2. A quel point êtes-vous INSATISFAIT/ SATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait Modérément satisfait Très insatisfait
0 1 2 3 4

3. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFERENT avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...) ?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

5. A quel point êtes vous INQUIET(E)/ PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
0 1 2 3 4

SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Ronflez-vous et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous mal à la tête au réveil ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité ? (<i>libido</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (<i>nycturie</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir et vous obligent à vous relever ? (<i>impatience des membres inférieures</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ? (<i>secousses répétées</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? (<i>paralysie</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladresses ou à des chutes ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, est-ce provoqué par une émotion ? (<i>cataplexie</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens ? (<i>RGO</i>).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faites-vous régulièrement des cauchemars ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

- Avez-vous connu une période dépressive ? OUI NON NE SAIT PAS
- Avez-vous actuellement un traitement antidépresseur ? OUI NON NE SAIT PAS

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes en faisant référence à votre état ces derniers jours :

	OUI
En ce moment, ma vie me semble vide.....	<input type="radio"/>
J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête....	<input type="radio"/>
Je suis sans énergie.....	<input type="radio"/>
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.....	<input type="radio"/>
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même.....	<input type="radio"/>
Je suis obligée(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.....	<input type="radio"/>
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.....	<input type="radio"/>
En ce moment je suis triste.....	<input type="radio"/>
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.....	<input type="radio"/>
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent et m'intéressent.....	<input type="radio"/>
Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume.....	<input type="radio"/>
J'ai le cafard.....	<input type="radio"/>
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.....	<input type="radio"/>

SCORE :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
- Êtes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Répondez le plus spontanément possible aux questions qui suivent.

Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

	OUI
Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se) ?.....	<input type="radio"/>
Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?.....	<input type="radio"/>
Êtes-vous souvent irritable ?.....	<input type="radio"/>
Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?.....	<input type="radio"/>
Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?	<input type="radio"/>
<i>Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes :</i>	
Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?.....	<input type="radio"/>
Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ?.....	<input type="radio"/>

SCORE :

VOS HABITUDES

	OUI	NON
Êtes-vous fumeur ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de cigarettes par jour :		
Buvez-vous du café ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de tasses par jour :		
Buvez-vous du thé ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de bols par jour :		
Buvez-vous du vin ou de l'alcool ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de verres par jour :		
Consommez-vous de la drogue ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> cannabis et dérivés <input type="radio"/> héroïne <input type="radio"/> cocaïne <input type="radio"/> autres :		
Pratiquez-vous une activité sportive ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> occasionnel <input type="radio"/> régulier <input type="radio"/> intensif		
Rencontrez-vous des nuisances nocturnes ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(voisins bruyants, réveils intempestifs des enfants, ...)		
Poids :kg Taille :cm		
Avez-vous pris du poids récemment ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, en combien de temps ?.....mois, nombre de kilos pris :		

FACTEURS FAVORISANTS DES TROUBLES DE SOMMEIL

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Les facteurs favorisants :			
Une saison particulière - si oui, laquelle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des troubles de l'humeur (dépression, irritation, euphorie, excitation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En rapport avec les cycles menstruels (pour les femmes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soucis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre cause favorisante :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HABITUDES DE SOMMEIL

- Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ? entre et.....
Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ? entre..... et.....
- Une fois couché, généralement vous : **Oui**
 - éteignez de suite.....
 - lisez au lit.....
 - regardez la télévision.....
 - autre :
- Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? minutes
- Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils :
- Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :
- Vers quelle heure vous couchez-vous en week-end et en vacances ?
Entre :.....h..... et.....h.....
Vers quelle heure vous levez-vous en week-end et en vacances :
Entre :.....h..... et.....h.....
- Au réveil : **Oui**
 - Votre réveil est-il spontané ?.....
 - Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?
 - en forme et dispo.....
 - encore fatigué et endormi.....
 - mal à la tête.....
 - autre :
- Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?.....

ÉTAT DE SANTE

Oui Non

- Êtes-vous hypertendu ou avez-vous un traitement contre l'hypertension ?.....
- Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez :.....
- Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez :.....
- Avez-vous des troubles neurologiques ou psychiatriques ? Précisez :.....
- Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez :.....
- Êtes-vous ménopausée ?
- Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez :.....

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

.....

.....

TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)

Si vous prenez des médicaments, précisez les noms et les doses :

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de nous retourner le commentaire de votre médecin traitant avec l'ensemble du dossier

Réservé à votre médecin traitant :

A l'attention de votre médecin traitant :

A la réception de ce dossier, le questionnaire de votre patient sera analysé par l'un des médecins coordonnateurs du Réseau Morphée. Il lui sera alors proposé soit de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé spécialiste du sommeil membre du réseau, soit de participer à un groupe d'éducation thérapeutique sur l'insomnie organisé par le réseau lui-même.

Vous serez tenu informé de cette orientation par courrier.

Les médecins coordonnateurs du réseau sont à votre disposition pour discuter de la prise en charge de votre patient ou de tout autre cas qui vous poserait question.