

Fiche dépistage APNEES DU SOMMEIL

Malade: Nom :	Prénom :	Dob :
Lieu de résidence :	tel :	

Médecin :

lieu exercice :

- Somnolence diurne:**
- Ronflements au cours sommeil**
- Obésité :** Poids : Taille : BMI : Tour de cou :
- Polyurie nocturne**
- Céphalées**
- Pauses respiratoires au cours sommeil (constat de l'entourage)**
- RGO**
- Réveils nocturnes brutaux sensations blocknées (plainte du malade)
- Asthénie physique psychique
- Troubles de la mémoire
- Troubles sexuels (baisse libido, troubles érection chez l'homme)
- Troubles de l'humeur, agressivité, dépression...
- HTA**
- Cardiopathie ischémique ou/et rythmique
- Atc AVC
- Atc chir ORL?
- Dyslipidémie
- Diabète
- Tabagisme
- Aspect hébété du visage?**
- Rétrognathie
- Examen gorge : macroglossie/ grosses amygdales, gros piliers du voile
- Etat dentaire : caries, articulé, état gingival.... Date: