

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1053332

156535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1551 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : JIRANI HANJA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/23

Nom et prénom du malade : Jirani Hanja Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. ZAOUAK Kacem  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
GSM: 0661 17 76 26 - Tél: 0522 44 52 84

07 AVR. 2023

ACCUEIL

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/03/24			60	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

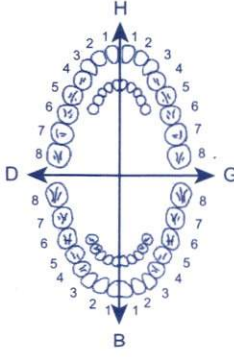
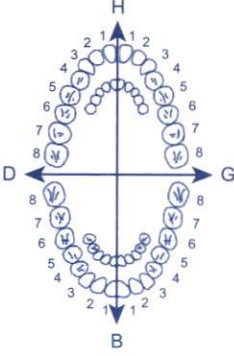
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/03/24					2500,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

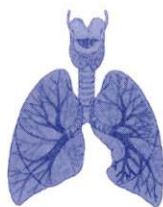
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE  
D.U. D'ALLERGOLOGIE  
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES  
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL  
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق  
إختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية  
الشخير - انقطاع التنفس بالليل  
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le : 03/07/23 : الدار البيضاء في :

*Pr. Kacem*

*Après du journal*

**Dr. ZAOUAK Kacem**  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
Tél: 0522 44 52 84

*PSG*

**OXYDOGEN**  
Siège Social : Rue Al Gharbi, Rés. Wafa  
Tél: 0522 86 20 84 - Fax: 0522 86 20 84  
Tél: 0522 43 86 31  
PAG 00089224 / E.C: 144593  
ICE: 000206172000089

**Dr. ZAOUAK Kacem**  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
GSM: 0661 17 76 26 - Tél: 0522 44 52 84

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - Urgences : الهاتف : 05 22 44 52 84

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء  
91, Rue Liberté, 4 étage, appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étages casablanca  
E-mail : Zaouak@hotmail.com

## EXAMEN DE POLYSOMNOGRAPHIE

Nom : JIRANI Prénom : HENIA Né(e) le : 11-08-1954  
Taille: 167 cm Poids : 98 kg Indice corporel : 24 Kg/m<sup>2</sup>  
Dossier : jira03163qns Date d'enregistrement : 15-03-2023  
Durée : 11h43min Durée validée : 11h11min  
Polysomnographie réalisée avec un appareil Cidelec :CID-LXe-206d NS:21482  
Prescripteur :

### INDICATION

La polysomnographie est réalisée durant la nuit du 15/03/2023 Les paramètres suivants sont enregistrés : EEG frontal, central et occipital, électrooculogramme (EOG), EMG sous le menton, débit d'air nasal et oral, EMG du muscle jambier antérieur, pression Susternale, position du corps. En outre, les mouvements thoraciques et abdominaux sont enregistrés par pléthysmographie d'inductance. La saturation en oxygène (SpO2) est enregistrée avec un oxymétrie de pouls. Le tracé est scoré en utilisant des époques de 30 secondes. Les hypopnées ont été scorées selon la définition R et K.

Examen réalisé à l'air ambiant avec appareil CID-LXe 206d, Logiciel CIDELEC

Examen analysé par : M.M

Contrôlé par : K.B

Bonne qualité d'enregistrement

Les signaux enregistrés :

-Signaux neurologiques :

•EEG: F4A1, C3A2,O1A2

•EOG/EOGd

•EMG: EMGm/EMGjd/EMGjg

-Signaux respiratoires :

•Débit respiratoire/Mvts thoraciques/Mvts abdominaux/ SaO2/Ronflement/ Fréquence cardiaque/Pouls/Position/Fréquence respiratoire/pression Susternale.

### ANALYSE DU SOMMEIL

Période Totale du Sommeil : 8 h 44 min  
Temps de Sommeil Total : 7 h 46 min (soit une efficacité TST/PTS : 88%)  
Latence d'endormissement : 174 min  
Latence du stade N1 : endormissement  
Latence du stade N2 : 7 min  
Latence du stade N3 : 10 min  
Latence du sommeil paradoxal : 70 min

STADES	N1	N2	N3	SP
Durée totale (mn)	34	227	125	80
% TST	7.3	48.7	26.8	17.2
Durée validée (mn)	28	219	125	72

Nombre total de micro-éveils : 75 soit 10 par heure  
Nombre d'éveils intrasommeil (> 30 s) : 3 (durée totale 58 min)  
Nombre d'entrées en stade : 30  
Index de ME en relation avec Ev Resp : 3  
Nmre de ME en rel avec Ev Resp (non hyp) : 5

### EVENEMENTS RESPIRATOIRES

Nombre d'apnées (/TST validé) : 35 soit 5 par heure (dont **33 obstructives, 1 centrales, 1 mixtes**)  
Durée cumulée : 9 minutes soit 2% du TST  
Durée moyenne : 14 secondes  
Durée maximale : 27 secondes  
Nombre total d'hypopnées (/TST validé) : 145 soit 20 par heure (dont **139 obstructives**)  
Nombre d'hypopnées avec désaturation : 95  
Nombre d'hypopnées avec micro-éveil : 17  
Autres événements obstructifs (limitations) : 31 soit 4 par heure

**XYDOM sari**  
Société : 20, Rue Al Ghadfa, Rés. Wala  
Madrif - Casablanca  
Tél : 0522 86.20.84  
Fax : 0522 86.20.84  
Tél : 0522 43.86.31  
Tél : 0522 11.11.11  
Tél : 0522 172.00.89

## AU TOTAL :

TST (Temps du Sommeil Total) : 07h 46 min avec une efficacité du sommeil de 88% (la valeur normale : >95%)

Sommeil non réparateur, avec une répartition irrégulière des stades du sommeil (architecture du sommeil désorganisé)

Sommeil composé de trois cycles seulement du sommeil

Sommeil paradoxal REM représente 17.2%, pour rappel la norme est de 20 à 25%

Sommeil lent profond N3 représente 26.8%, pour rappel la norme est de 20 à 25%

Sommeil lent léger N1 et N2 représentent respectivement 7.3% et 48.7% (normes : de 05 à 10% pour N1 et 50 à 55% pour N2)

Index global des micro-éveils : 10/h (valeur normale <24/h), index des micro-éveils lié aux événements respiratoires : 3.0/h (valeur normale <10/h)

Pas de mouvements périodiques des jambes (index des PLM : 9.0/h du TST) (la valeur normale : < 10/h)

Index des désaturations : 22.0/h du TST, SpO2 moyenne à 92.0% et Spo2 minimale à 83%

Temps passé sous 90% de SpO2 : 00h 40min 0sec soit 9% du temps total du sommeil

Effort ventilatoire apparu durant la période du sommeil du patient avec ronchopathie inspiratoire associée (occupant 10%)

SAHOS (Syndrome d'Apnées et Hypopnées Obstructives du Sommeil) **modéré à sévère**:

IAH (Index d'apnées et hypopnées) : 24/h du TST.

Index d'apnées, hypopnées + événements (diminutions) : 39/h

Patient (e) : JIRANI HENIA

Médecin Traitant : Dr ZAOUAK KACEM

**Dr. ZAOUAK Kacem**  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
GSM:0661 17 76 26 - Tél:0522 44 52 84

*Système d'apnée obstructive du sommeil  
sans traitement en C. PaP.*

**Dr. ZAOUAK Kacem**  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
GSM:0661 17 76 26 - Tél:0522 44 52 84

Date de facturation 16/03/2023

Référence Facture :

Devis N°: SO0628

Nom: JIRANI HENIA

N° téléphone : 0654405463

Médecin : ZAOUAK KACEM

Code client: 10834

## Facture FA23/0822

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
PSG	[PSG] Mise A Disposition Polysomnographie Ventilatoire	1,000 Unité(s)	2 500,0000	20%	2 083,33 DH

**Total HT** 2 083,33 DH

20% 416,67 DH

**Total TTC** 2 500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux Mille, cinq Cent DH zéro Centime

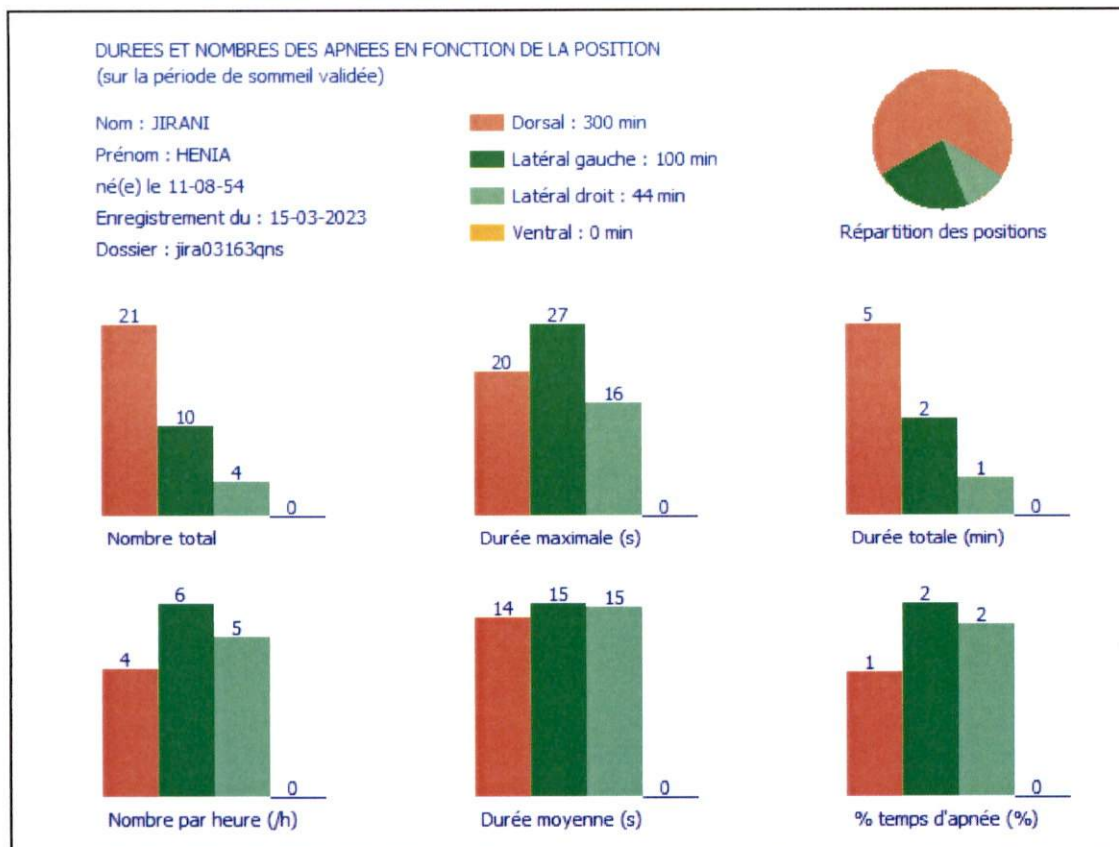
**OXYDOM sari**  
Siège Social: 20, Rue Al Chadfa, Rés. Wafa  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 86 23 07 - Fax: 0522 86 20 84  
GSM: 0663 438 631  
PAT: 35890244 / IF: 144593  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial CASABLANCA :**  
Résidence du Palais IV. N°1, rue Arago.  
Quartier des Hôpitaux. CP 20360  
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084  
GSM: 0663 438 631  
Email : contact@oxydom.ma  
ICE: 000206172000089

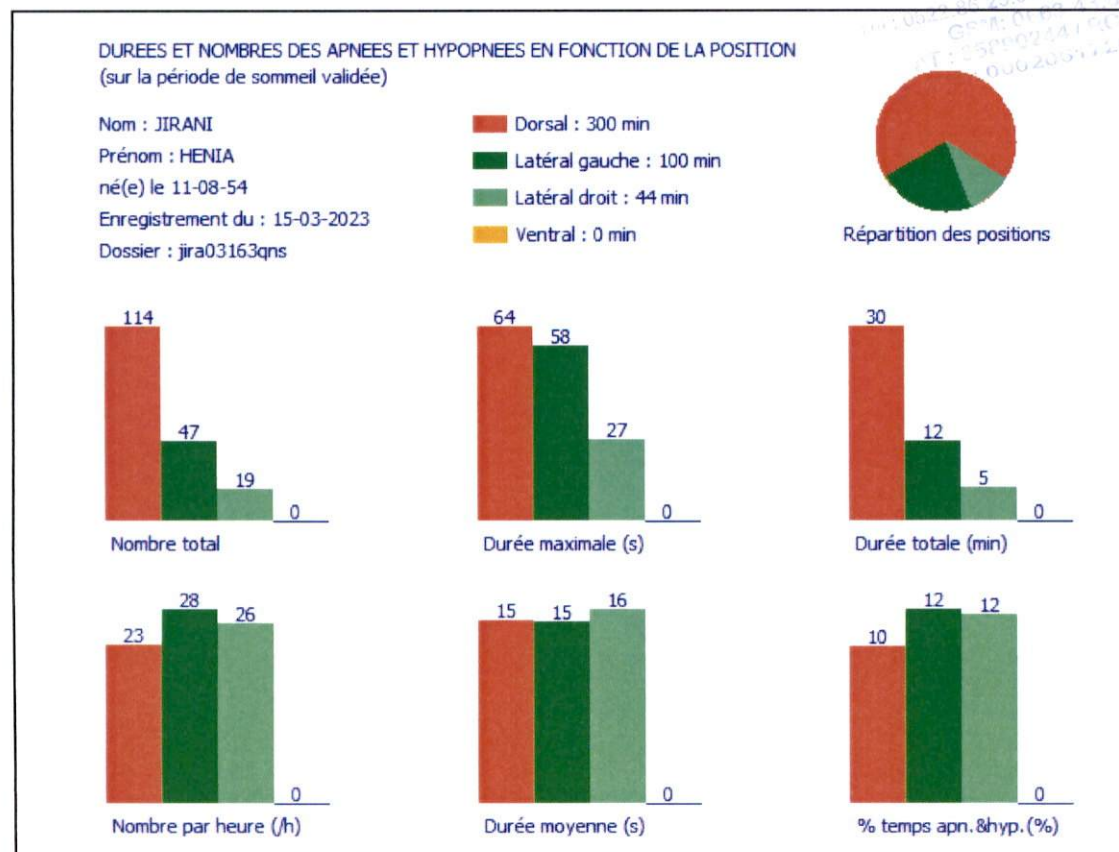
**Siège commercial RABAT :**  
Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Salsaf  
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agadal.  
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma

**Siège commercial FES :**  
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan  
Av. Al Madina Monaouara.  
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma

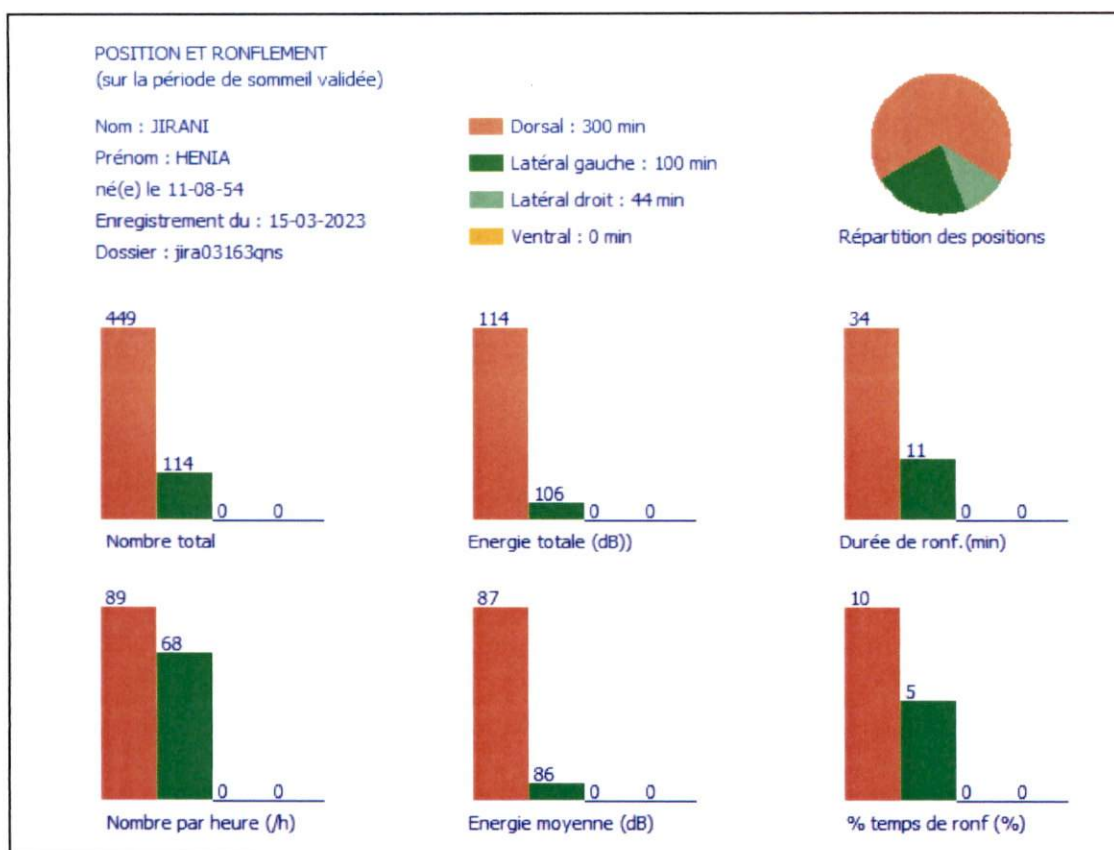
**Siège social :**  
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa  
Maarif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074



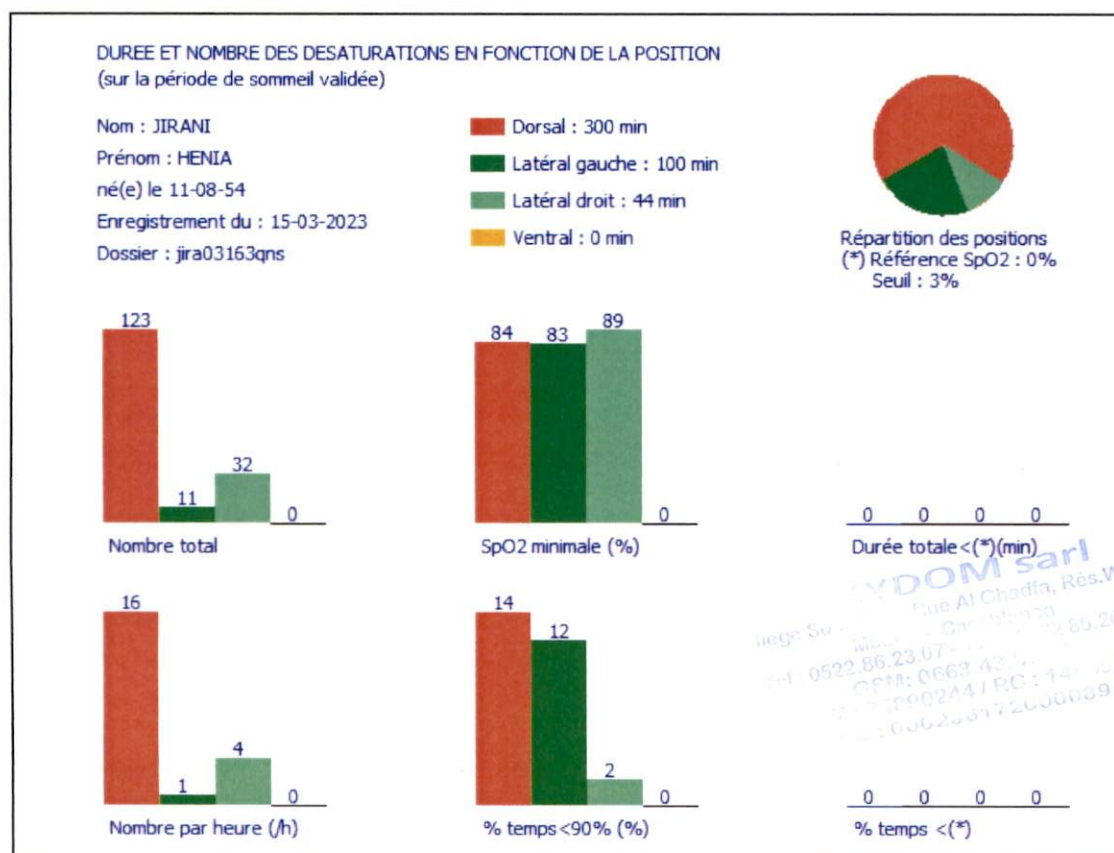
### Analyse Position / Apnées



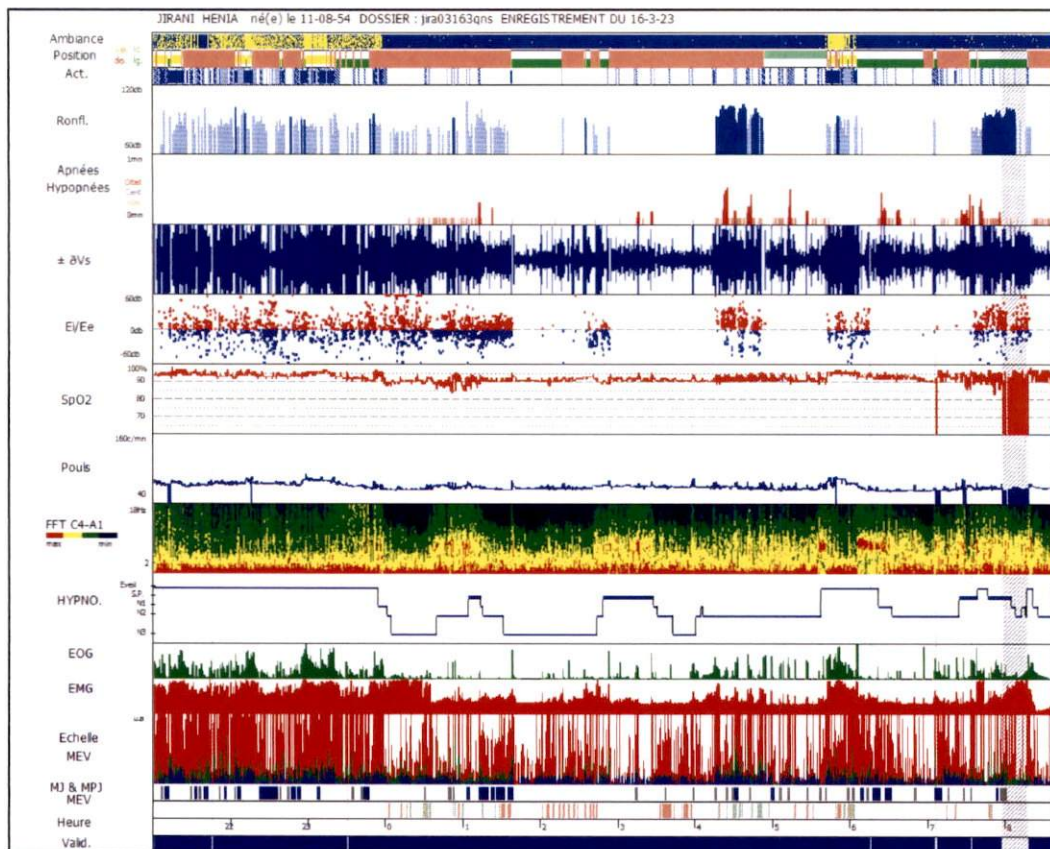
### Analyse Position / Apnées-Hypopnées



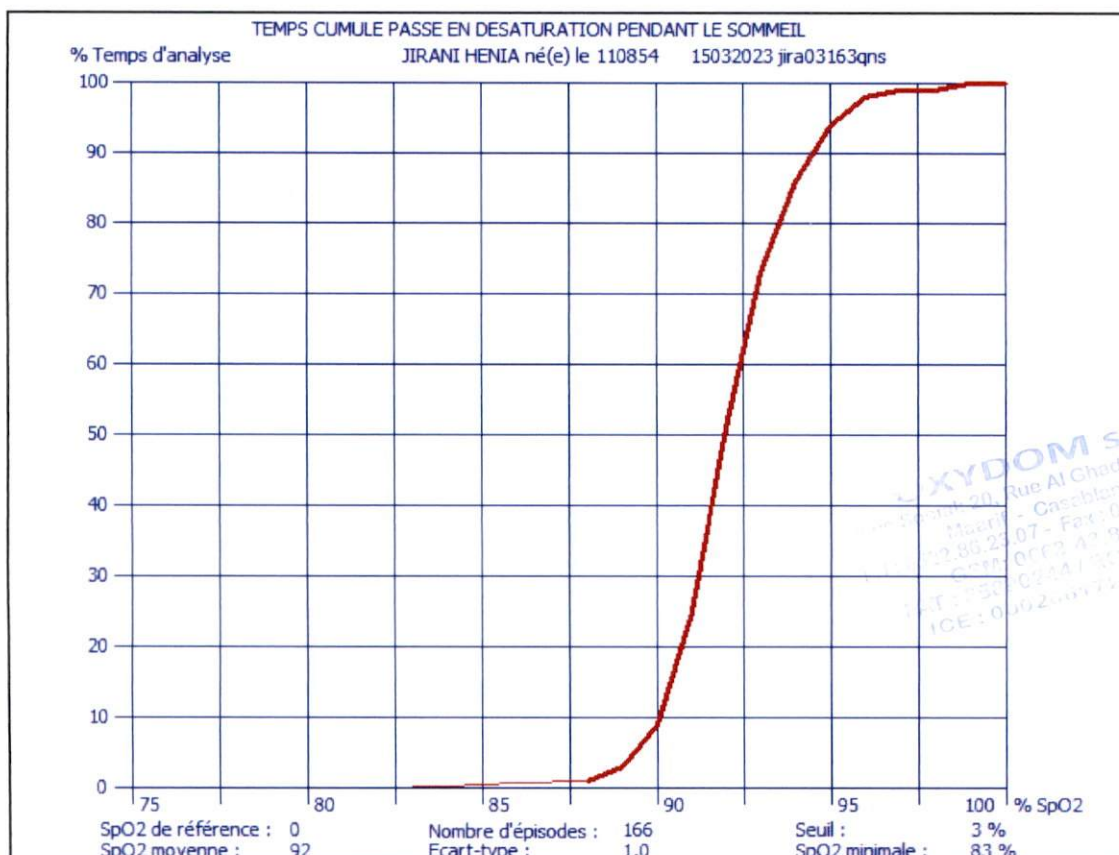
Analyse Position / Ronflements



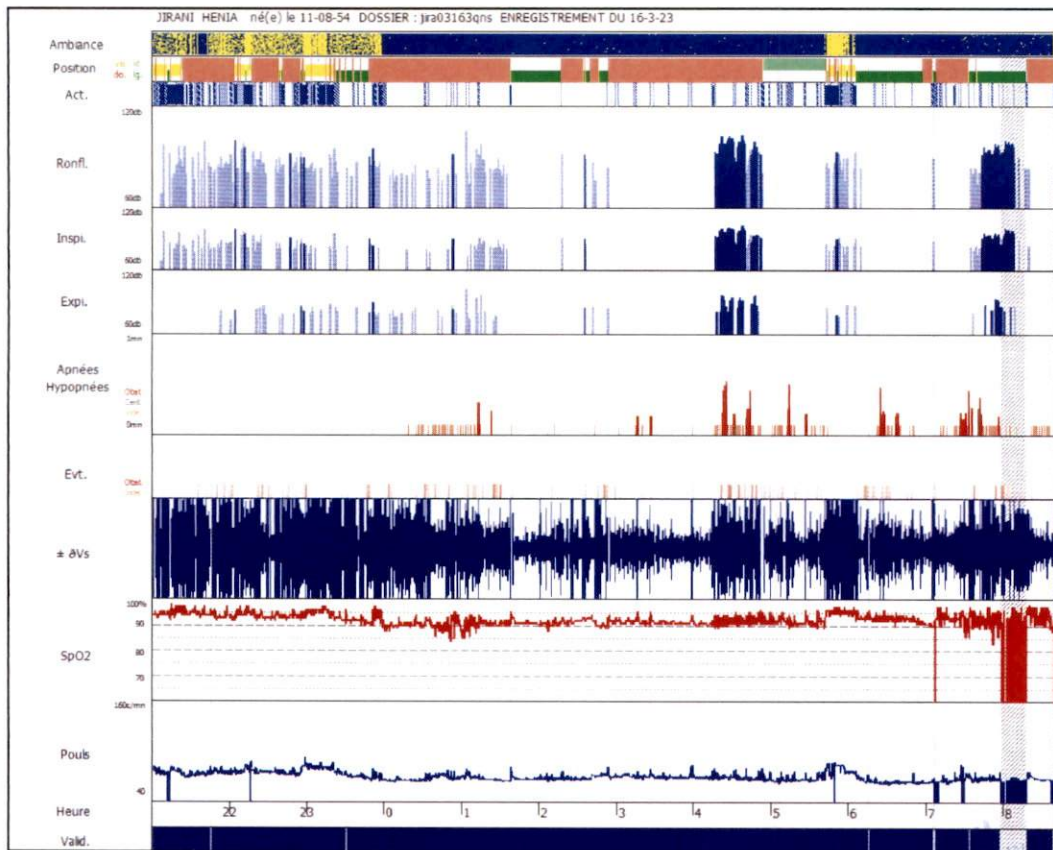
Analyse Position / Désaturations



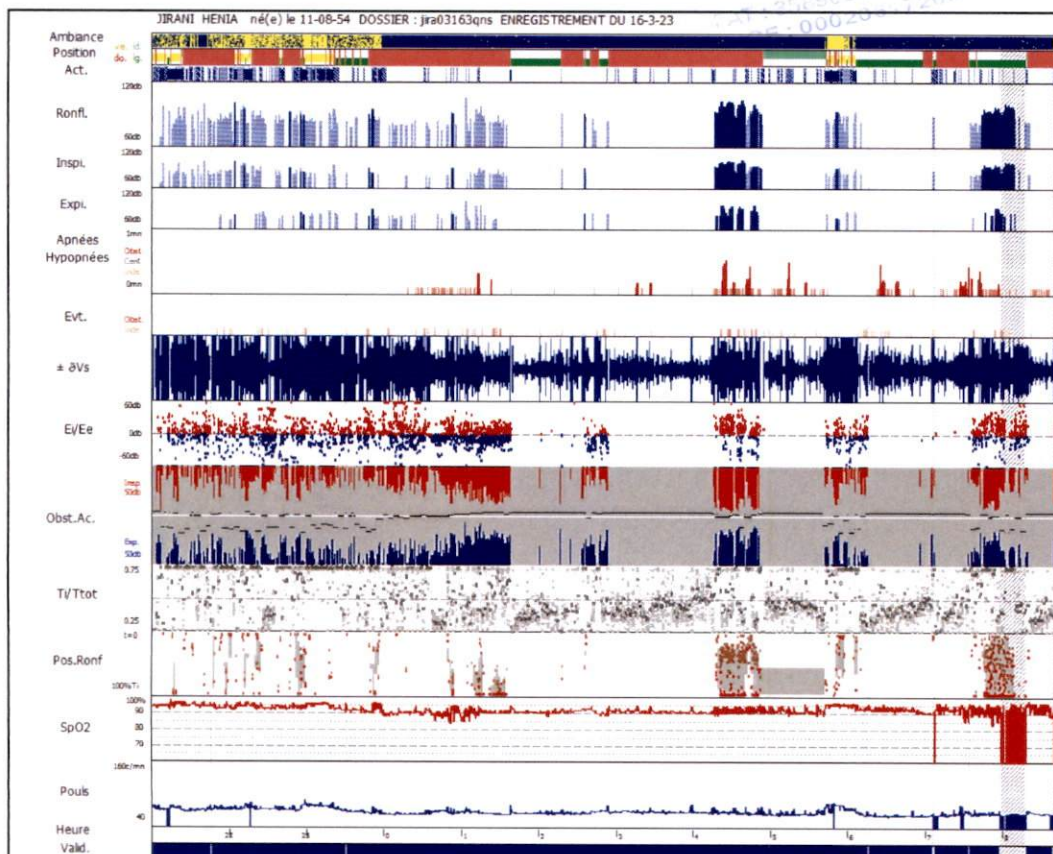
Résumé de l'enregistrement



Histogramme de la saturation



Résumé de l'enregistrement



Résumé de l'enregistrement

APNEES	Stades			
	N1	N2	N3	SP
Nombre	5	20	0	10
Durée totale (min)/ moyenne (sec)/ max (sec)	1/14/15	5/14/20	0/0/0	3/15/27
Index / stade	11	5	0	8
HYPOPNEES				
Nombre	13	91	15	26
Index d'hypopnée	28	25	7	22

## SYNTHESE

### Index d'apnées hypopnées :

Index d'apnées, hypopnées + événements obstructifs (limitations) :  
 Index d'apnées, hypopnées + événements (diminutions) :  
 Index de micro-éveils en relation avec un événement respiratoire :  
 Index d'apnées, hypopnées en position dorsale :

**24 par heure**

29 par heure

39 par heure

3 par heure

23 par heure

APNEES/HYPOPNEES	Stades			
	N1	N2	N3	SP
Index d'apnées hypopnées	39	30	7	30

## RONFLEMENTS

Nombre total : 563 soit 76 par heure  
 Durée cumulée : 45 minutes soit 10 % du TST  
 Energie moyenne : 85 db

## SATURATION

Nombre de désaturations : 166 soit 22 par heure (seuil de 3%, amplitude moyenne 4.5 %).  
 Saturation minimale, moyenne, d'éveil : 83%, 92%, 92%  
 Pourcentage de temps passé à Spo2 < 90% : 9% (0h40min)  
 Pourcentage de temps passé à Spo2 < 85% : 0% (0h0min)  
 Pourcentage de temps passé à Spo2 < 80% : 0% (0h0min)

DESATURATIONS	Stades			
	N1	N2	N3	SP
SpO2 Moyenne %	93	92	91	92
SpO2 Minimale %	88	84	86	83

## PARAMETRES CARDIO-VASCULAIRES

Fréquence moyenne du pouls : 71 cycles/min (écart type : 6.9 cycles/min)  
 Fréquences minimale / maximale : 62 / 94 cycles/min  
 Retard moyen fin apnée - fin désaturation : 29 secondes

## MOUVEMENTS PERIODIQUES DE JAMBES

Nombre de mouvements périodiques de jambes (éveil, sommeil) : 159 soit 14 par heure  
 Nombre de mouvements périodiques de jambes (sommeil) : 70 soit 9 par heure  
 Nombre de micro-éveils en relation avec des mouvements périodiques de jambes : 5 soit 1 par heure

## CONCLUSION

**CXYDOM sari**  
 Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés.Wafu  
 Maarif - Casablanca  
 Tél: 0522 86.23.07 - Fax: 0522 86.20.64  
 G: 0522 86.43.31  
 T: 0522 86.43.31  
 0522 86.43.31



# QUESTIONNAIRE DU MATIN



Nom et Prénom: SIRANI HENIA

Médecin traitant: Zaouak Racem

DATE: 16/03/23

## Durée du sommeil:

A quelle heure estimez-vous vous être endormi ? 00h30 h

A quelle heure vous êtes-vous réveillé le matin ? 09h35 h

## Votre temps habituel d'endormissement, a t'il été ?

1: plus court que d'habitude ☒

2: pareil que d'habitude ☐

3: plus long que d'habitude ☐

## Comment vous sentez-vous ce matin ?

1: en forme ☒

2: reposé ☐

3: encore fatigué ☐

4: j'ai mal à la tête ☐

## Scorez la qualité du sommeil que vous avez passé la nuit de l'enregistrement ?

1: profonde ☒

2: légère ☐

3: avec éveils ☒ combien ? 1

4: avec rêves ☐

5: sans rêves ☐

6: avez-vous été réveillé pour uriner ? ☐ combien ? ☐

## Scorez la quantité de sommeil que vous avez passé la nuit de l'enregistrement ?

1: longue ☒

2: moyenne ☐

3: courte ☐

## Vous êtes vous réveillé ce matin ?

1: spontanément ☐

2: à cause du bruit ☒

3: autres ☐

## Traitement actuel ?

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

① ADP 10mg ② Levodopose 100mg ③ ESAC 20mg

Depuis combien de temps prenez-vous ces médicaments ?

# Questionnaire

## de dépistage des troubles du sommeil

M. ....

Date .....

**Cochez s'il vous plaît la case correspondant à votre réponse à chacune des questions** ☒  
**Si vous ne comprenez pas une question passer à la suivante**

		OUI	NON
1	Avez-vous un travail posté ou un travail de nuit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Souffrez vous de Fibromyalgie ou d'un syndrome de fatigue chronique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vous réveillez vous plus fatigué qu'au coucher	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Etes vous souvent gêné par une somnolence dans la journée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Le besoin de dormir vous empêche t-il parfois de conduire ou vous oblige à vous arrêter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Avez-vous eu un accident du à un endormissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Vous signale t-on que vous arrêtez de respirer en dormant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous signale t-on un ronflement gênant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vous réveillez vous en ayant mal à la tête	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Urinez vous plusieurs fois par nuit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vous réveillez vous avec la bouche très sèche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Etes vous gêné par le besoin de bouger les jambes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Ce besoin de bouger apparaît ou s'aggrave au repos ou à l'inactivité (assis, allongé)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Ce besoin diminue ou disparaît si je bouge les jambes ou si je marche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Ce besoin est pire le soir ou la nuit, ou n'apparaît qu'à ces moments là	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous été hospitalisé(e) en hôpital psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Evitez-vous les endroits clos d'où l'on ne peut sortir librement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Avez-vous déjà eu une attaque de panique, c'est-à-dire vous sentir brutalement effrayé, très anxieux ou extrêmement mal à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Vous sentez-vous inhabituellement triste depuis quelques temps ou avez vous des idées depuis quelque temps ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Souffrez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Souffrez-vous d'Epilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Avez vous des mouvements ou des attitudes anormaux la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Que prenez vous comme médicaments actuellement ? .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Echelle d'Epworth

*pour l'évaluation de la  
somnolence diurne*



Votre Partenaire  
de Santé à Domicile

**Tableau d'Indice de masse corporelle (IMC arrondi)**

Taille en mètre	2,10	12	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27
	2,08	13	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28
	2,05	13	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	
	2,03	13	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29		
	2,00	14	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30		
	1,98	14	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	29	31		
	1,95	14	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	32		
	1,93	15	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32		
	1,90	15	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33		
	1,88	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34		
	1,85	16	18	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	34	35		
	1,83	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	36		
	1,80	17	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	35	35	37		
	1,78	17	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38		
	1,75	18	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38	39		
	1,73	18	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38	39	40		
	1,70	19	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	42		
	1,68	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	37	37	38	39	40	41	43		
	1,65	20	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	39	40	41	42	44		
	1,63	21	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45		
	1,60	21	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	47		
	1,58	22	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	48		
	1,55	23	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	50		
	1,53	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	52		
	1,50	24	27	28	29	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	51	53		
		55	60	63	65	68	70	73	75	78	80	83	85	88	90	93	95	98	100	103	105	108	110	113	115	120		
	Poids en kg																											

**Instructions:**

Regardez la **colonne** de gauche pour trouver la **taille** du patient, en mètre.

Trouvez le nombre le plus proche du **poids** du patient sur la **ligne** du bas, en kilogramme.

Son **I.M.C.** apparaît à l'intersection de la **colonne** et de la **ligne**.



# Echelle d'Epworth

pour l'évaluation de la  
somnolence diurne



M. ....

Date 15/03/2023

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir dans la journée?

Si ce risque est **inexistant**, cochez 0 ☒

Si ce risque est **modéré**, cochez 2 ☒

Si ce risque est **minime**, cochez 1 ☒

Si ce risque est **important**, cochez 3 ☒

Exemple: si le risque de vous endormir «assis en lisant un livre ou le journal» est modéré, cochez 2 ☒

	risque inexistant	risque minime	risque modéré	risque important
<b>1</b> Assis en lisant un livre ou le journal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>2</b> En regardant la télévision	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>3</b> Assis inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Si vous êtes passager d'une voiture pour un trajet d'une heure	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>5</b> En étant allongé après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>6</b> En étant assis, en parlant avec quelqu'un	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>7</b> En étant assis, après un repas sans boisson alcoolisée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>8</b> En étant au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation de quelques minutes	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**TOTAL:** ..... / 24

Son **I.M.C.** apparaît à l'intersection de la **colonne** et de la **ligne**.



# Berlin Questionnaire

©1997 IONSLEEP

## EVALUATION DU SOMMEIL



Votre Partenaire  
de Santé à Domicile

### 1. Complétez :

taille 1.67  
poids 98

né le 1954/08/11  
sexe F

### 2. Est-ce que vous ronflez?

- ☒ oui  
☐ non  
☐ ne sais pas

si vous ronflez:

### 3. Votre ronflement est-il?

- ☐ légèrement plus bruyant que votre respiration  
☐ aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez  
☐ plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez  
☒ très bruyant. On vous entend dans les chambres voisines.

### 4. Combien de fois ronflez-vous?

- ☒ presque tous les jours  
☐ 3 à 4 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par mois  
☐ jamais ou presque jamais

### 5. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre?

- ☒ oui  
☐ non

### 6. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil?

- ☐ presque tous les jours  
☒ 3 à 4 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par mois  
☐ jamais ou presque jamais

catégorie 1

### 7. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil?

- ☒ presque tous les jours  
☐ 3 à 4 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par mois  
☐ jamais ou presque jamais

### 8. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil?

- ☒ presque tous les jours  
☐ 3 à 4 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par mois  
☐ jamais ou presque jamais

### 9. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule?

- ☐ oui  
☒ non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il?

- ☐ presque tous les jours  
☐ 3 à 4 fois par semaine  
☐ 1 à 2 fois par semaine  
☒ 1 à 2 fois par mois  
☐ jamais ou presque jamais

catégorie 2

### 10. Souffrez-vous d'hypertension artérielle?

- ☐ oui  
☐ non  
☐ ne sais pas

IMC =

catégorie 3

### Evaluations des Questions:

N'importe quelle réponse à l'intérieur d'un cadre est une réponse positive.

### Evaluation des catégories:

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 2-6

La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 7-9

La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

### Résultat final:

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil.

Nom SIRANI HENIA

Adresse B.D. OUB DAHAN

18.C.D.C.A.S.A.

Tél. 06.54.40.54.63