

Prénom : Nom :
Date : Numéro :

 **ISI. Index de sévérité de l'insomnie**

Merci d'utiliser l'échelle ci-dessous pour répondre aux questions suivantes. Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions.

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

a. Difficultés à s'endormir :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

c. Problème de réveils trop tôt le matin

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

2- Jusqu'à quel point êtes-vous INSATISFAIT/ SATISFAIT de votre sommeil actuel

Très satisfait		Modérément satisfait		Très satisfait
0	1	2	3	4

3- Jusqu'à 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 termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5- Jusqu'à 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

Prénom : Nom :
 Date : Numéro :

6- Jusqu'à quel point croyez-vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil ?

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Perturbations cognitives (Pensées qui tournent dans la tête pendant la nuit)	0	1	2	3	4
Perturbations somatiques (tension musculaire, douleur)	0	1	2	3	4
Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
Processus naturel de vieillissement	0	1	2	3	4
Stress	0	1	2	3	4

7- Après une MAUVAISE NUIT DE SOMMEIL, quelles difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ? Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Fatigue pendant le jour (fatigué(e), épuisé(e), exténué(e), endormi(e), etc...)	0	1	2	3	4
Difficultés à fonctionner (diminution de la performance au travail/ routine quotidienne, difficultés à se concentrer, problèmes de mémoire, etc..)	0	1	2	3	4
Problème d'humeur (irritable tendu (e), nerveux, déprimé(e), anxieux(se), maussade, hostile, en colère, confus(e), etc...)	0	1	2	3	4
Autres (spécifiez, svp)	0	1	2	3	4

Note : assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions

<p>Partie réservé à l'administration :</p> <p>TOTAL :</p> <p>Score total de 0 à 28 Pour chaque question de 1 à 5, un score est retenu, Les question 6 et 7 ne sont pas cotés. Ce test mesure la perception par la personne de ses difficultés de sommeil. Un score élevé indique une perception élevée de la sévérité de l'insomnie.</p>
--