

Date : _____

Patient : _____

RAMQ : _____ Téléphone : _____

Besoin :

- ☐ Évaluation de la plainte de sommeil (habitudes de sommeil, comportements liés au sommeil, symptômes nocturnes, etc) et recommandations
- ☐ Évaluation de la plainte de sommeil + thérapie comportementale de l'insomnie chronique

Le patient a-t-il été investigué ou est-il en attente d'évaluation pour un autre trouble du sommeil? (AOS, SJSR/MPM, autre)?

- ☐ Non
- ☐ Oui. Précisez _____

La plainte de sommeil doit répondre à tous les éléments suivants (critères ICSD-3):

- Difficulté à s'endormir, à rester endormi ou éveils matinaux précoces (≥ 30 minutes).
- Retentissement diurne : fatigue, baisse de concentration, troubles de mémoire, irritabilité ou baisse de l'humeur.
- Présence d'une opportunité adéquate de dormir et absence d'un autre trouble du sommeil primaire identifié.
- Fréquence ≥ 3 nuits par semaine ET durée ≥ 3 mois.

Exclusions :

- Anxiété ou dépression non contrôlée (GAD-7 ≥ 15 , PHQ-9 ≥ 15) RE : efficacité limitée de la TCi. Référence en TCCi complète par psychologue ou suivi conjoint avec psy/TS
- Épilepsie et maladie affective bipolaire. RE : mesures comportementales limitées, risque de crise/manie avec la restriction du sommeil.
- Travail posté ou travail de nuit. RE : ne répond pas à une TCi classique.
- Traumatisme crânien récent ou avec séquelles, ATCD d'AVC, troubles cognitifs

Notes: _____

Consentement verbal obtenu du patient d'être contacté ☐

Médecin/IPS référant : _____ Tel : _____