



JOURNAL DU SOMMEIL

Nom : _____

Dossier : _____

Date du début : _____

Remplir ce formulaire pour chaque jour de la semaine, en terminant le matin de votre examen.

Jour de la semaine et date <small>(ex. : samedi 13 mars 2021)</small>	Heure du coucher	Temps approximatif pour s'endormir	Nombre d'éveils	Heure approximative du réveil	Heure du lever	Durée totale estimée du sommeil
Commentaires :						
Commentaires :						
Commentaires :						
Commentaires :						
Commentaires :						
Commentaires :						
Commentaires :						

COMMENTAIRES ADDITIONNELS :

MÉDICAMENTS

Important

N'oubliez pas d'apporter avec vous une liste complète et à jour, remise par votre pharmacien quelques jours avant la date de votre rendez-vous, de tous les médicaments que vous prenez.

À remplir le matin de votre test

Veuillez inscrire les médicaments que vous prenez habituellement **et qui influencent votre état d'éveil durant la journée.**

Exemples de médicaments :

- psychostimulants (Alertec[®], Ritalin[®]);
- narcotiques (douleur);
- antidépresseurs (dépression);
- anxiolytiques (anxiété);
- antihistaminiques (Benadryl[®], Atarax[®]);
- antihypertenseurs (Catapres[®], bêta-bloquant);
- autres (Neurontin[®], etc.).

	Nom du médicament	Date de la dernière prise du médicament
Médicament 1		
Médicament 2		
Médicament 3		
Médicament 4		
Médicament 5		
Médicament 6		
Médicament 7		
Médicament 8		
Médicament 9		
Médicament 10		
Médicament 11		
Médicament 12		

Veuillez utiliser une feuille à part si vous manquez de place.

Rédaction

Équipe du Service d'inhalothérapie

Approbation

Louise Guertin, chef de service en inhalothérapie

Révision et mise en page

Service des communications

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2020

santeestrie.qc.ca

Novembre 2020 – 4-6-10564 (version française) | 4-6-10565 (version anglaise)