



Sommeil et IC

Etude sur les troubles du sommeil chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

*Obligatoire

1. Comment avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ? *

Une seule réponse possible.

- Association SIC et réseaux sociaux
- Votre médecin (cardiologue ou généraliste)
- Autre

2. Qui êtes-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Insuffisant cardiaque avec une FEVG diminuée
- Insuffisant cardiaque avec une FEVG préservée
- troubles du rythme et/ou fibrillation
- Cardiopathie ischémique
- IC liée à un facteur génétique
- Proche et/ou aidant

3. Vous répondez : *

Une seule réponse possible.

- Pour vous ?
- Pour un proche ?

4. Avez-vous rencontré des troubles du sommeil ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Une fois ou deux
- plusieurs fois par mois
- régulièrement
- systématiquement



5. Si vous avez déjà rencontré des troubles du sommeil, de quel type ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	De temps à autre	1 jour sur 2	régulièrement	systématiquement	jamais
Difficulté d'endormissement	<input type="radio"/>				
Réveils nocturnes	<input type="radio"/>				
douleurs	<input type="radio"/>				
Impatiences des membres	<input type="radio"/>				
Se lever la nuit pour aller aux toilettes	<input type="radio"/>				
Sommeil agité (mouvements incontrôlés, parler pendant son sommeil, etc.)	<input type="radio"/>				
Somnolence dans la journée à des degrés divers	<input type="radio"/>				

6. Vous réveillez vous avec le sentiment d'avoir bien dormi ? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
 De temps à autre
 Exceptionnellement
 jamais

7. Avez-vous entrepris une démarche auprès d'un spécialiste ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Etes-vous sous traitement pour vos troubles du sommeil ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. En êtes vous satisfait ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Moyennement

SIC 8bis rue de Musselburgh 94500 Champigny sur Marne - W942006320