

CONSULTATION SOMMEIL
Centre des Troubles du Sommeil – CIRCSom
Hôpital Civil
Pavillon de CHIRURGIE B
1, place de l'Hôpital – BP 426
67091 STRASBOURG Cedex

*A retourner par courrier
ou par fax : 03 88 11 51 53
ou par mail consultation.sommeil@chru-strasbourg.fr*

NOM _____ PRENOM _____

Téléphone _____ Date de naissance _____

Adresse

Courriel : _____

Avez-vous déjà eu un enregistrement ou examen concernant votre sommeil ?

OUI

NON

Si OUI, précisez la date _____

et auprès de quel médecin _____

Avez-vous une plainte particulière concernant votre sommeil ?

Si OUI, de quel(s) type(s) de troubles du sommeil vous plaignez-vous ?

- insomnie, depuis quand ? _____
- sommeil de mauvaise qualité, depuis quand ? _____
- somnolence ou accès d'endormissement dans la journée, depuis quand ? _____
- ronflements, depuis quand ? _____
- suspicion d'apnées du sommeil, depuis quand ? _____
- syndrome des jambes sans repos, depuis quand ? _____
- autre, précisez : _____

