

ÉVALUER L'IMPACT DU TRAVAIL DE NUIT SUR VOUS

Écrivez Oui ou Non et décrivez encore plus, c'est pour vous !

Avez-vous de la difficulté à dormir de jour (exemple : sommeil de courte durée, sommeil léger, sommeil entrecoupé) ?

Êtes-vous parfois somnolent(e) au travail durant la nuit ?

Avez-vous remarqué un changement dans vos habitudes alimentaires ou votre poids depuis que vous travaillez de nuit ?

Avez-vous remarqué des changements dans votre humeur depuis que vous travaillez de nuit ?

Le travail de nuit cause-t-il des tensions dans vos relations avec votre famille et votre entourage ?

Vivez-vous d'autres difficultés en lien avec votre travail de nuit ?
