



Questionnaire Consultation Sommeil ENFANT

Afin d'optimiser la qualité de la consultation à venir, nous vous remercions de remplir à l'avance ce questionnaire de la façon la plus complète possible.

Prenez le temps de le remplir au calme (environ 15 minutes) en prenant en compte les 2 derniers mois.

L'agenda du sommeil est à remplir pendant les 15 jours qui précèdent la consultation et est à ramener le jour de la consultation.



FICHE de préparation à la consultation Sommeil

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Médecin Traitant : _____ Pédiatre : _____

Scolarisé en classe de : _____

Adresse _____

Mail : _____ Téléphone : _____

Poids: _____ Taille : _____

1 / ANTECEDENTS MEDICAUX/CHIRURGICAUX

- Naissance prématurée o oui o non
- Reflux gastro-oesophagien o oui o non
- Otites à répétition (>3/an) o oui o non
- Angines à répétition (>3/an) o oui o non
- Écoulement nasal chronique o oui o non
- Obstruction nasale chronique o oui o non
- Asthme o oui o non

Fréquence des crises : au moins une fois par (entourer réponse exacte)

● Jour

● semaine

● mois

● an

- Allergies respiratoires (acariens, pollens, ...) oui non

- Pneumopathies (infections du poumon) oui non

- Opération des végétations adénoïdes oui non

si oui : date de l'intervention _____

- Opération des amygdales oui non

si oui : date de l'intervention _____

- Tabagisme

● Passif oui non

● actif oui non

- si adolescent cannabis oui non

- Epilepsie oui non

Fréquence des crises : au moins une fois par (entourer réponse exacte)

● Jour

● semaine

● mois

● an

- Autre _____

2/ ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Asthme/allergies oui non

- Apnées du sommeil oui non

- Obésité oui non

- Syndrome des jambes sans repos oui non

3/ TRAITEMENT EN COURS

.....

.....

4/ HABITUDES DE SOMMEIL

- Ecran après le repas du soir (TV, tablette, téléphone) : o oui o non
 - Combien de temps ? :
- L'enfant dort-il seul dans sa chambre ? o oui o non
- Rejoint-il le lit parental dans la nuit ? o oui o non
 - < 1/semaine • 1 à 3/semaine • > 4/semaine
- Heure du coucher le soir en semaine :
- Heure du lever le matin en semaine :
- Heure du coucher le soir le WE :
- Heure du lever le matin le WE :
- Alimentation nocturne (petit repas, biberon) o oui o non
 - Combien de fois par nuit ? :

5/ SYMPTOMES LA JOURNEE

- Maux de tête le matin o oui o non
- Fatigue ou somnolence o oui o non
- Timidité excessive / réservé socialement o oui o non
- Hyperactif o oui o non
- Agressivité o oui o non
- Difficulté d'attention à l'école o oui o non
- Difficulté de mémorisation o oui o non
- Difficultés apprentissages o oui o non

6/ SYMPTOMES NOCTURNES (en dehors des périodes de rhume)

- Difficultés d'endormissement (> 30 min) o oui o non
- Nombre d'heures de sommeil par nuit : _____

- Nombre d'heures de sommeil la journée :
 - Les jours de classe _____
 - Le WE _____
- Sommeil o calme o agité
- Eveils nocturnes prolongés
 - < 1/semaine • 1 à 3/semaine • > 4/semaine
- Pipi au lit o oui o non
- Doit se lever pour faire Pipi o oui o non
- Eveils confusionnels o oui o non
- terreurs nocturnes o oui o non
- somnambulisme o oui o non
- cauchemars o oui o non
- Dort principalement o sur le dos o sur le ventre o sur le côté
- Tête rejetée en arrière o oui o non
- Respiration bouche ouverte o oui o non
- Transpire • un peu • beaucoup • énormément (pyjama à changer)
- Ronfle • jamais • pas souvent • souvent • tous les jours
- Ronflements
 - légers (entendus dans sa chambre)
 - bruyants (entendus dans la chambre d'à côté)
 - très bruyants (entendus d'une pièce plus loin)
- Pauses respiratoires notées o oui o non
- Réveils difficiles o oui o non



TEST DE CONNERS COURT PARENTAL

SYMPTOME	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Beaucoup (2)	Enormément (3)
1. Agité ou très actif	?	?	?	?
2. Nerveux, impulsif	?	?	?	?
3. Ne finit pas ce qu'il (elle) a commencé, attention de courte durée	?	?	?	?
4. Toujours remuant	?	?	?	?
5. Perturbe les autres enfants	?	?	?	?
6. Inattentif, facilement distrait	?	?	?	?
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré	?	?	?	?
8. Pleure souvent et facilement	?	?	?	?
9. Changements d'humeur rapides et marqués	?	?	?	?
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible	?	?	?	?

SCORE FINAL : Additionner

/30



ECHELLE ESEA

Il se peut que tu aies envie de dormir dans la journée. Si tu as envie **de dormir dans la journée**, dans une des situations suivantes, entoure le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens.

SITUATION	Jamais	Parfois	Souvent	
	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Assis au calme en lisant, dessinant ou en écrivant	0	1	2	3
2. En regardant la télévision	0	1	2	3
3. En jouant seul au jeu vidéo, à la console de jeu ou à l'ordinateur	0	1	2	3
4. En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport	0	1	2	3
5. Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
6. En classe le matin	0	1	2	3
7. En classe après le repas de midi	0	1	2	3
8. A la récréation	0	1	2	3
9. Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
10. Le matin au réveil	0	1	2	3

SCORE FINAL : Additionner

/30

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

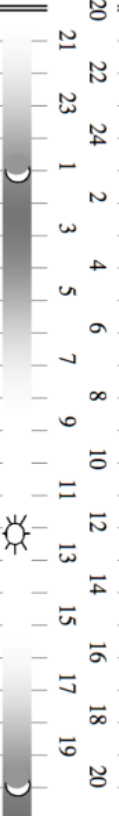


DATE

HEURES

Appréciation par :
TB - B - Moy. - M - TM

Nuit du ... au ...



EXEMPLE



S S

M

TM

Moy

QUALITE DU SOMMEIL

QUALITE DU REVEIL

FORME DE LA JOURNEE

TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES

DATE	HEURES	Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					



heure de mise au lit
sommeil ou sieste



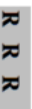
heure du lever



long réveil

S

Somnolence dans la journée



1/2 sommeil

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE