

Cabinet de pneumologie et pathologies du sommeil du Dr Ines Nya
Questionnaire troubles du sommeil enfants
 email: drines.nya@cpngu.fr

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Méd Traitant : _____ Pédiatre : _____ Scolarisé en classe de : _____
 Adresse : _____
 Mail : _____ Téléphone : _____

Madame, Monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire avant la consultation (en cochant les cases qui correspondent à votre enfant) :

● Quel est le motif principal de votre demande de consultation sommeil pour votre enfant (ex : ronflement, fatigue, difficultés scolaires, énurésie (pipi au lit) ?

● Quel professionnel de santé (ou personne de votre entourage) vous a orienté vers cette consultation ?

Si professionnel de santé, merci d'indiquer son nom et son statut (médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste, etc...)

1/ ANTECEDENTS FAMILIAUX

Une personne de votre famille présente-t-elle de l'impatience dans les jambes ? ☐ oui ☐ non

(Syndrome des jambes sans repos)

Lien avec l'enfant (ex : grand-mère paternelle) :

Une personne de votre famille présente-t-elle des apnées du sommeil ? ☐ oui ☐ non

Lien avec l'enfant :

Une personne de votre famille présente-t-elle des allergies respiratoires ? ☐ oui ☐ non

Lien avec l'enfant :

Une personne de votre famille présente-t-elle de l'asthme ? ☐ oui ☐ non

Lien avec l'enfant :

Y-a-t-il une personne fumeuse à la maison ? ☐ oui ☐ non

2 / ANTECEDENTS MEDICAUX de l'enfant

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Naissance prématurée(<36 SA) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Reflux gastro-œsophagien (régurgitations bébé) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Otites à répétition (>3/an) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Angines à répétition (>3/an) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Ecoulement nasal chronique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Obstruction nasale chronique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Asthme | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Pneumopathies (infections du poumon) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Allergies respiratoires (acariens, pollens, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Opération des végétations adénoïdes (date : __/__/__) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Opération des amygdales (date : __/__/__) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre enfant prend-t-il un traitement médical régulier (y compris gouttes nasales)

☐ oui ☐ non

Si oui, lequel ? _____

Votre enfant est-il suivi par des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux (ostéopathes, kinésithérapeutes, orthophoniste etc...) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel (merci de préciser son nom et statut) ?

Votre enfant présente-t-il l'un de ces symptômes ?

- | | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| - Enurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| - Maux de tête récidivant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| | Plutôt le matin | plutôt le soir | (entourez la réponse qui convient) |
| - Retard de croissance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

3/ HABITUDES DE SOMMEIL

Ecran après le repas du soir (TV, tablette, téléphone) : ☐ oui ☐ non

- Combien de temps ? :

Votre enfant dort-il dans sa chambre ? ☐ oui ☐ non

Rejoint-il le lit parental dans la nuit ? ☐ oui ☐ non

☐ exceptionnellement ☐ <1/semaine ☐ de 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) ☐ oui ☐ non

▪ Combien de fois par nuit ? : _____

Avez-vous mis en place un rituel du coucher ? ☐ oui ☐ non

• Précisez : _____

4/ LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT (en dehors des périodes de rhume)

- Difficultés à s'endormir le soir (> 30 min) ☐ oui ☐ non
- Nombre d'heures de sommeil par nuit : _____
- Nombre d'heures de sommeil la journée : _____
- Sommeil ☐ calme ☐ agité
- Eveils nocturnes ☐ exceptionnellement ☐ <1/semaine ☐ de 1 à 3 / semaine ☐ > 4 / semaine
- Dort principalement ☐ sur le dos ☐ sur le ventre ☐ sur le côté
- 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) ☐
- Respire la bouche ouverte ☐ oui ☐ non
- Tête rejetée en arrière ☐ oui ☐ non
- Autre position particulière ☐ oui ☐ non
- Transpire ☐ un peu ☐ beaucoup ☐ énormément (pyjama ou draps à changer)
- Fait des efforts la nuit pour respirer ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Fait des pauses respiratoires ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Cauchemars ☐ exceptionnellement ☐ <1/semaine ☐ de 1 à 3 / semaine ☐ > 4 / semaine
- Terreurs nocturnes ☐ exceptionnellement ☐ <1/semaine ☐ de 1 à 3 / semaine ☐ > 4 / semaine
- Parle en dormant ☐ exceptionnellement ☐ <1/semaine ☐ de 1 à 3 / semaine ☐ > 4 / semaine
- Se réveille difficilement le matin ☐ oui ☐ non
- Est très fatigué ou somnolent dans la journée ☐ oui ☐ non

● Si vous en avez la possibilité, essayez de filmer votre enfant pendant son sommeil, des cheveux jusqu'au nombril

Votre enfant a-t-il un des comportements suivants ?

- Timidité excessive / réservé socialement ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Hypertonie (agitation motrice) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Agressivité ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Difficulté d'attention à l'école ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Difficulté de mémorisation ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Nom et Prénom:

Sexe :.....

Age :

Questionnaire complété par : la mère o le père o

les deux o

Date :

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre enfant.

0 = Pas du tout 1 = un petit peu 2 = beaucoup 3 = énormément

Agité ou très Actif	0	1	2	3
Nerveux, impulsif	0	1	2	3
Ne finit pas ce qu'il(elle) a commencé, attention de courte durée	0	1	2	3
Toujours remuant	0	1	2	3
Perturbe les autres enfants	0	1	2	3
Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
Ses demandes doivent être immédiatement satisfaisantes, facilement frustré	0	1	2	3
Pleure souvent et facilement	0	1	2	3
Changements d'humeur rapides et marqués	0	1	2	3
Accès de colère, comportement explosif et imprévisible	0	1	2	3

Score :

ECHELLE DE SOMNOLENCE ADAPTEE A L ENFANT ET A L ADOLESCENT

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.

0 = jamais envie de dormir 1 = parfois envie de dormir 2 = souvent envie de dormir 3 = toujours envie de dormir

Assis au calme en lisant, dessinant ou en écrivant	0	1	2	3
En regardant la télé	0	1	2	3
En jouant seul au jeu vidéo, à la DS ou à l'ordinateur	0	1	2	3
En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport	0	1	2	3
Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
En classe le matin	0	1	2	3
En classe après le repas de midi	0	1	2	3
A la récréation	0	1	2	3
Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
Le matin au réveil	0	1	2	3

Score :
