

**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 :

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

oui       non

I-a-t-II une personne

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

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

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

## 2 / ANTECEDENTS MEDICAUX de l'enfant

- Naissance prématurée(<36 SA)  oui  non
  - Reflux gastro-œsophagien (régurgitations bébé)  oui  non
  - Otites à répétition (>3/an)  oui  non
  - Angines à répétition (>3/an)  oui  non

- Ecoulement nasal chronique  oui  non
  - Obstruction nasale chronique  oui  non
  - Asthme  oui  non
  - Pneumopathies (infections du poumon)  oui  non
  - Allergies respiratoires (acariens, pollens, ...)  oui  non
  - Opération des végétations adénoïdes (date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  oui  non
  - Opération des amygdales (date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  oui  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 ?



## **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 :

-----