



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

Consultation sommeil – Dr C.FAUCONNIER-FATUS
Service de neurophysiologie clinique

QUESTIONNAIRE SOMMEIL ADOLESCENT

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) avec votre enfant en prenant en compte les 2 derniers mois.

L'agenda du sommeil est à remplir pendant le mois qui précède la consultation et est à ramener le jour de la consultation.

MON ENFANT

Nom.....Prénom.....

Né(e) le.....à.....

NOTRE FAMILLE

Nom(s) des parents.....

Prénoms et âges des autres enfants.....

Profession du père.....de la mère.....

Situation familiale.....

Mode de garde.....

Si scolarisé, classe.....

Activités extrascolaires (quelle activité ? quel jour ? quelle heure ?)

LES ANTECEDENTS DE L'ENFANT

- Médicaux (*ex. prématurité, angines à répétition, reflux*) :

- Épilepsie
- Naissance prématurée (< 37 SA)
- Reflux gastro-oesophagien
- Otites à répétition (>3/an)
- Angines à répétition (>3/an)
- Écoulement nasal chronique
- Obstruction nasale chronique
- Asthme
- Allergies
- Syndrome dépressif
- Anxiété
- Autres

- Chirurgicaux :

- Amygdalectomie/adénoïdectomie
- Autres :

- Traitements actuels (*médicaments, autres*) :

LES ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Mère

- Temps de sommeil nocturne = heures, horaires de sommeil : ___h___ à ___h___
- Troubles du sommeil
 - Insomnie
 - Hypersomnie
 - Syndrome d'apnée du sommeil
 - Syndrome des jambes sans repos
- Autres :

- Père

- Temps de sommeil nocturne = heures, horaires de sommeil : ___h___ à ___h___
- Troubles du sommeil
 - Insomnie
 - Hypersomnie
 - Syndrome d'apnée du sommeil
 - Syndrome des jambes sans repos
- Autres :

- Fratrie :

- Troubles du sommeil :
- Autres :

LES CONDITIONS DE COUCHER

- A sa propre chambre
- Partage de la chambre

NUISANCES NOCTURNES

- bruit lumière TV/ordinateur

Estimation de son temps d'écran/jour (TV, PC, tablette, console, téléphone...) : heures

Dans ma chambre, j'ai une télé un téléphone portable une tablette un ordinateur

LES HORAIRES DU SOMMEIL

- En semaine :

Heure de coucher ___h___

Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

- Week-end /vacances scolaires/fériés:

Heure de coucher ___h___

Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

Il s'endort en < 30 min 30 à 60 min > 60 min

LES HABITUDES AUTOUR DU SOMMEIL

Age auquel votre enfant a fait des nuits complètes sans réveil nocturne :

.....mois/ans

Que fait votre enfant lorsqu'il se réveille la nuit?

- lecture
- écrans
- essaye de se rendormir sans rien faire
-
- Autre *précisez*.....

LE TROUBLE DU SOMMEIL

- Il n'arrive pas à s'endormir Il se réveille en pleine nuit
 - Il se réveille trop tôt Il crie sans se réveiller
 - Son sommeil est décalé Il dort trop
 - Autre problème :
- Précisez :*

Depuis le (date):.....

Dans une **semaine typique** (7 nuits), à quelle fréquence présente-t'il le problème ?

0 1 2 3 4 5 6 7

LES AUTRES PROBLEMES

Existe-t-il pendant son sommeil :

- Des ronflements , si oui : légers (entendus dans sa chambre), bruyants (entendus de la chambre d'à côté), très bruyants (entendus d'une chambre plus loin)
- Des cauchemars en début de nuit
- Du somnambulisme Des cauchemars en fin de nuit
- Une respiration bruyante Une respiration irrégulière des pauses respiratoires
- Parle pendant son sommeil
- Une respiration par la bouche Crie pendant son sommeil
- Un asthme Un eczéma
- Un sommeil agité Se plaint-il de sensation désagréable ou de douleur dans les jambes avant de s'endormir ou pendant son sommeil ?
- Des sueurs nocturnes Des grincements des dents
- Des pipis au lit ou se relève la nuit pour faire pipi
- se relève la nuit pour boire
- Dort principalement sur le dos sur le ventre sur le côté la tête en hyperextension
- A l'impression de se réveiller paralysé parfois
- A des hallucinations à l'endormissement ou au réveil (impression de tomber,...)
- Autres :.....

En journée :

- il se réveille en forme le matin
- il a du mal à sortir du lit
- il respire bouche ouverte il est cerné
- il y a des épisodes de perte incontrôlable du tonus musculaire (chute de la tête, mâchoire tombante,...)

LES CONSEQUENCES DU TROUBLE DU SOMMEIL

Pendant la journée l'enfant est :

fatigué/somnolent énervé/agité

Rencontre-t-il des difficultés scolaires ?

Précisez :

Existe-t-il un retentissement sur le sommeil de votre famille ?

Précisez :

L'ALIMENTATION

- Heures des repas de votre enfant

Petit-déjeuner : ___h___ Déjeuner : ___h___

Dîner : ___h___ Autre collation (ex. gouter) : ___h___

Votre enfant consomme-t-il ce type de boissons : café coca-cola boissons énergisantes

Autres : tabac cannabis

Le soir après le dîner, il fait :

TV Ordinateur Jeux vidéo

Devoirs Lecture Sport

Autre, précisez

.....

LES CONSEQUENCES DE MON TROUBLE DU SOMMEIL RESSENTIES PAR L'ADOLESCENT :

Merci de cocher les cases qui correspondent à ta situation actuelle :

Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour les devoirs

J'ai du mal à réfléchir

Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment

Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse

Ce que je fais ne sert à rien

Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir

Je ne supporte pas grand-chose

Je me sens découragé(e)

Je dors très mal

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

SCORE DE SPRUYT ET GOZAL

Merci de cocher pour tous les items suivants *sauf pour la question 5* :

- 0 si la fréquence de l'événement est « jamais »
- 1 si la fréquence de l'événement est « rare » (1 nuit par semaine)
- 2 si la fréquence de l'événement est « occasionnelle » (2 nuits par semaine)
- 3 si la fréquence de l'événement est « fréquente » (3 à 4 nuits par semaine)
- 4 si la fréquence de l'événement est « quasi toujours » (plus de 4 nuits par semaine)

Ceci au cours des six derniers mois.

	0	1	2	3	4	A remplir par le médecin	Résultats
Q1- Avez-vous déjà été obligé de secouer votre enfant pendant son sommeil pour qu'il se remette à respirer ?							
Q2- Est-ce que votre enfant s'arrête de respirer pendant son sommeil ?						$A = (Q1+Q2)/2$	
Q3- Est-ce que votre enfant a des difficultés pour respirer pendant son sommeil ?						$B = (A+Q3)/2$	
Q4- Est-ce que la respiration de votre enfant pendant son sommeil a déjà été un motif d'inquiétude pour vous ?						$C = (B+Q4)/2$	
Q5- Quel est l'intensité du bruit de son ronflement ? La question 5 utilise les valeurs suivantes : 0 : légèrement perceptible ou faible 1 : modérément fort 2 : fort 3 : très fort 4 : extrêmement fort						$D = (C+Q5)/2$	
Q6- A quelle est la fréquence votre enfant ronfle-t-il ?						$(D+Q6)/2$	
Score cumulé global final (à remplir par le médecin)						> 2,75 <input type="checkbox"/> < 2,75 <input type="checkbox"/>	