



Centre Hospitalier Universitaire **Dijon**

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

QUESTIONNAIRE 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 le mois précédent 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
- 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
- Si partage de la chambre :
 - avec les parents partage du lit parental
 - avec frère/sœur

LE LIT

- berceau/cododo lit à barreaux lit
- l'enfant rejoint le lit parental dans la nuit

NUISANCES NOCTURNES

- bruit lumière TV/ordinateur

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

LES HORAIRES DU SOMMEIL

- En semaine :

Heure de coucher ___h___

Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

- Week-end :

Heure de coucher ___h___

Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

Si plus de sieste, âge de l'arrêt des siestes :ans

LES HABITUDES AUTOUR DU SOMMEIL

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

.....mois/ans

jamais

Que faites-vous pour aider votre enfant à s'endormir ?

Rien Je reste à ses côtés

Je dors avec lui Je le berce / le promène

Je l'allaite / donne un biberon Je lui donne une tétine

Je lui donne un traitement *précisez*.....

.....

Autre *précisez*.....

.....

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

Que faites-vous lors des éveils nocturnes ?

.....

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

Des régurgitations 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

Dort principalement sur le dos sur le ventre sur le côté

Autres :.....

En journée :

il respire bouche ouverte il est cerné

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

- **Bébé** : Mon enfant est alimenté au sein biberon mixte

Tétées/biberons ___ par jour

Quantité par biberon ___ ml

Horaires : ___h___, ___h___, ___h___, ___h___, ___h___, ___h___

- **Enfant** : 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

TEST DE CONNERS COURT PARENTAL

Questionnaire concernant le comportement de votre enfant :

SYMPTOME	PAS DU TOUT (0)	UN PEU (1)	BEAUCOUP (2)	ENORMEMENT (3)
1. Agité ou très actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nerveux, impulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ne finit pas ce qu'il (elle) a commencé, attention de courte durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Toujours remuant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perturbe les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Inattentif, facilement distrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pleure souvent et facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Changements d'humeur rapides et marqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ECHELLE ESEA (si enfant > 5-6 ans)

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"/>	