

Pôle d'Exploration des Apnées du Sommeil, Bordeaux

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) 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 ?

- Enurésie (pipi au lit) oui non
 - Maux de tête récidivant oui non
 - Retard de croissance oui non
- Plutôt le matin plutôt le soir (entourez la réponse qui convient)

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

Pôle d'Exploration des Apnées du Sommeil

138, av de la République - 33200 Bordeaux Cauderan

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 :
