**Centre de sommeil d’Aguilera**

**Centre des maladies respiratoires**

**Consultation trouble du sommeil de l’enfant**

**http://www.centredesommeil-biarritz.fr/**

**Nom : Prénom : Date de naissance : / /**

**Méd traitant : Pédiatre :**

**Scolarisé en classe de :**

**Madame, Monsieur**

**Merci de remplir ce questionnaire avant la consultation**

- Quel est le motif principal de votre demande de consultation sommeil pour votre enfant ?

- Quel professionnel de santé vous a orienté vers cette consultation ?

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

- Une personne de votre famille présente-t-elle des impatiences dans les jambes ? oui non

 Lien avec l’enfant (ex : grand mère maternelle) :

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

- 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

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

 **ANTECEDENTS MEDICAUX DE L’ENFANT**

- Naissance prématurée (< 36 SA) oui non

- Reflux gastro-oesophagien ou régurgitations du 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

- Infections du poumon oui non

- Allergies respiratoires (acariens, pollens, animaux…) oui non

- Opération des végétations adénoïdes (date : / / ) oui non

- Opération des amygdales (date : / / ) oui non

- Votre enfant prend-t-il un traitement régulier oui non

 Si oui lequel ?

- Votre enfant est-il suivi par des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux (ostéopathes, kiné, orthophoniste…) oui non

 Si oui lequel :

- Votre enfant présente-t-il un de ces symptômes :

 - Enurésie (pipi au lit) oui non

 - Maux de tête récidivant le matin oui non

 - Retard de croissance oui non

 **HABITUDES DE SOMMEIL**

**- En semaine => Heure du coucher le soir : Heure du lever le matin :**

**- Le WE  => Heure du coucher le soir : Heure du lever le matin :**

- 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 ? oui non

 Exceptionnellement < 1/semaine 1 à 3/semaine > 4/semaine

- Alimentation nocturne (petit repas, biberon) oui non

 Combien de fois par nuit ? :

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

 Précisez :

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

- Difficultés à dormir le soir (> 30 min) oui non

- Nombre d’heure de sommeil par nuit :

- Nombre d’heures de sommeil la journée :

- Sommeil calme agité

- Eveils nocturnes

 Exceptionnellement < 1/semaine 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 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 1 à 3/semaine > 4/semaine

- Terreurs nocturnes

 Exceptionnellement < 1/semaine 1 à 3/semaine > 4/semaine

- Parle en dormant

 Exceptionnellement < 1/semaine 1 à 3/semaine > 4/semaine

- Se réveille difficilement le matin oui non

- Est très fatigué ou somnolent dans la journée oui non

**DEPISTAGE DES TROUBLES RESPIRATOIRES NOCTURNES CHEZ VOTRE ENFANT**

**(Questionnaire de CHERVIN)**

Questionnaire simple à remplir et assez sensible pour le dépistage des troubles nocturnes de votre enfant

**RONFLEMENTS**

Fréquence

🗆 Ronfle souvent 🗆 Ronfle en permanence

Qualité

🗆 Ronflement intense 🗆 Ronflement bruyant

**DIFFICULTES RESPIRATOIRES**

🗆 Respiration irrégulière 🗆 Apnées constatées

**RESPIRATION BUCCALE**

🗆 Bouche sèche au réveil 🗆 Bouche ouverte en journée

**SOMNOLENCE DIURNE**

🗆 Difficulté à se réveiller 🗆 Endormissement à l’école

🗆 Fatigue au réveil 🗆 Endormissement (diurne)

**TROUBLES DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITE**

🗆 S’interrompt au cours d’activités 🗆 Bouge

🗆 Aisément distrait 🗆 N’écoute pas

🗆 Toujours actif 🗆 Désorganisé

**AUTRES**

🗆 Obésité

🗆 Maux de tête

🗆 Retard de croissance

🗆 Enurésie nocturne

**TOTAL /22**

**Echelle de somnolence d’Epworth, adaptée pour l’enfant de plus de 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.

**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 le 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 |
| En classe le matin | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En classe après le repas de midi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis une heure | 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 : /30**

**ECHELLE DE CONNERS SIMPLIFIEE**

Questionnaire complété par : la mère 🗆 le père 🗆 les deux 🗆

**Entourer 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 autre enfants 0 1 2 3

Inattentif, facilement distrait 0 1 2 3

Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, 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 : /30**