

Exploration des Troubles de l'endormissement, du maintien du sommeil et des Apnées du Sommeil de l'Adolescent

Dr Hélène Fouque

NOM ET PRENOM DU PERE:

.....

NOM ET PRENOM DE LA MERE :

.....

NOM ENFANT : PRENOM ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

MED TRAITANT : PEDIATRE:

.....

SCOLARISE EN CLASSE DE :

ADRESSE :

.....
.....

MAIL :

.....

TELEPHONE :

Madame, monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire avant la consultation **avec votre adolescent.**

Merci de venir avec votre AGENDA DU SOMMEIL rempli sur les 3 dernières semaines

1/ Partie à remplir par les PARENTS

1/ INFORMATIONS de la consultation

Quel est le motif principal de la 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, psychologue, CMP etc...).

.....

Si une polysomnographie vous a été prescrite, quelles en sont les raisons ?

.....

Votre adolescent :

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 SAIS PAS

Fait des cauchemars (OUI/ NON)

- si oui, combien de fois par semaine ?.....

Fait des Terreurs nocturnes (OUI/ NON)?

- si oui, combien de fois par semaine ?.....

Parle en dormant (OUI/ NON)

- si oui, combien de fois par semaine ?.....

Se réveille difficilement le matin : OUI / NON

Est très fatigué ou somnolent dans la journée : OUI / NON

Y-a-t-il un retentissement scolaire au trouble du sommeil de votre enfant (OUI/ NON)

- Si oui : lequel ?
-

2/ 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 :

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

3/ ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ADOLESCENT

Quels sont les antécédents de votre enfant ?

Naissance prématurée (<36 SA) OUI / NON
Reflux gastro-œsophagien (régurgitation bébé) OUI / NON
Otites à répétition (>3/an) OUI / NON
Angines à répétition (>3/an) OUI / NON
Ecoulement ou Obstruction nasale chronique OUI / NON
Obstruction nasale chronique OUI / NON
Asthme OUI / NON
Pneumopathies (infections du poumon) OUI / NON
Allergies respiratoires connues (acariens, pollens,...) OUI / NON
Opération des végétations adénoïdes (OUI / NON) : SI OUI : date :/...../.....

Opération des amygdales (OUI / NON) : SI OUI : date :/...../.....

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 (ostéopathe, kinésithérapeute, orthophoniste, etc...) ? (OUI / NON)

Si OUI, lequel (merci de préciser son nom et statut) ?

Votre enfant présent-t-il l'un de ces symptômes ?

- Enurésie (pipi au lit) OUI / NON
- Maux de tête récidivant OUI / NON
- Retard de croissance OUI / NON
- Eternuements matinaux fréquents OUI / NON
- Nez ou gorge qui gratte, irritation oculaire OUI / NON
- Sensation d'impatience ou d'inconfort ou de douleur dans les jambes, plutôt le soir et calmée par la marche OUI / NON
- Besoin de bouger les jambes pour s'endormir OUI / NON

II/ Partie à Remplir PAR L'ADOLESCENT (source Réseau MORPHEE)

Questionnaire réalisé par le Réseau Morphée en collaboration avec le Dr Patricia Franco du Réseau Hypnor de Lyon



Pour en savoir plus, connectez-vous sur :
www.reseau-morphee.fr

Mes conditions de coucher

Merci de cocher les cases qui te correspondent

Ma chambre

J'ai ma propre chambre

Je partage ma chambre :

avec un frère /sœur (âges.....)

avec mes parents

Dans ma chambre

J'ai une télé

Un ordinateur

J'ai un téléphone portable allumé pendant la nuit

Ce qui dérange mon sommeil :

Teste ta somnolence

Voici quelques situations courantes, où tu dois évaluer le risque de t'assoupir. Utilise l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation

Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
En classe, le matin ou l'après midi	0	1	2	3

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 =chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

