

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

Dr Hélène Fouque

NOM ENFANT : ..... PRENOM ENFANT : .....

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

NOM ET PRENOM DU PERE: .....

NOM ET PRENOM DE LA MERE : .....

MED TRAITANT : ..... PEDIATRE: .....

SCOLARISE EN CLASSE DE : .....

OU MODE DE GARDE (crèche ? domicile ? assistante maternelle ? etc) :

ADRESSE :

MAIL : .....

TELEPHONE (1) : ..... TELEPHONE (2).....

Madame, monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire avant la consultation, en entourant les cases qui correspondent au quotidien de votre enfant.

**Si vous en avez la possibilité, essayez de filmer votre enfant pendant son sommeil des cheveux jusqu'au nombril avec votre téléphone portable afin de pouvoir le montrer au médecin.**

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

## 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 ? .....

## 2/ HABITUDES DE SOMMEIL

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 : .....

Combien de sieste fait votre enfant en moyenne : .....

Ecran après le repas du soir (TV, tablette, téléphone) : ..... OUI / NON

Précisez combien de temps par jour : .....

Avez-vous mis en place un rituel de coucher ? ..... OUI / NON

Si OUI, précisez : .....

Comment s'endort votre enfant (ex : seul ? dans les bras ? au sein ? devant les écrans ?) :

.....

Alimentation nocturne (petit repas ou biberon) ..... OUI / NON

Si OUI, combien de fois par nuit ? .....

Votre enfant dort-il dans sa chambre ? ..... OUI / NON

Votre enfant rejoint-il le lit parental dans la nuit ? ..... OUI / NON

Si OUI, combien de fois par semaine ? .....

Quand votre enfant se réveille la nuit, que faites vous ? :

.....

## 3/ LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT (en dehors des périodes de rhume)

Difficultés à s'endormir le soir (>30 min) : ..... OUI / NON

- Si OUI : combien de temps met-il pour s'endormir .....

Comment qualifieriez-vous le sommeil de votre enfant (calme ? agité ? autre ?) :

.....

Votre enfant bouge-t-il beaucoup les jambes la nuit ? Se plaint-il des jambes le matin au réveil ?

.....

Eveils nocturnes :

○ Si réveils nocturnes : combien de fois par nuit ? .....

○ et à quelle(s) heure(s) ? .....

Dans quelle position dort principalement votre enfant (dos, ventre, coté ?) : .....

A quelle fréquence ronfle-t-il (jamais ? tous les jours ? etc.) .....

S'il ronfle, les ronflements sont: .....

- Légers (entendus dans sa chambre)
- Bruyants (entendus dans la chambre d'à côté)
- Très bruyants (entendus d'une pièce plus loin)

**Votre enfant :**

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

**4/ 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

**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

Écoulement 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, persistant après l'âge de 5 ans) ..... 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

## 6/ LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT :

### Votre enfant présente-t-il l'un ou plusieurs de ces comportements ?

Timidité excessive / réservé socialement : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

Hypertonie (agitation motrice) : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

Agitation : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

Agressivité : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

Difficulté de mémorisation : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

Difficulté d'attention à l'école : ..... OUI / NON / NE SAIS PAS

- Si OUI : présente-t-il des difficultés scolaires ? .....

- Lesquelles ?

.....