



CESAL

Centre
d'Explorations
du Sommeil
de l'Agglomération
Lilloise

AUTO-QUESTIONNAIRE SAS ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Médecin traitant :

Pédiatre :

Scolarisé en classe de :

Poids :

Taille:

Madame, Monsieur,

Merci de remplir ces questionnaires en présence de votre enfant et de les apporter lors de la consultation médicale.

Questionnaires complétés par : la mère le père les deux

Le (Date à laquelle les questionnaires sont remplis)

ANTECEDENTS :

1- Antécédents médicaux

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Naissance prématurée : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Reflux gastro-oesophagien (régurgitations bébé) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Otites à répétition (>3/an) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Angines à répétition (<3/an) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Écoulement nasal chronique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Obstruction nasale chronique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Asthme : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Allergies respiratoires (acariens, pollens...) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Opération des végétations adénoïdes (date/...../.....) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Opération des amygdales (date/...../.....) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ➤ Race Noire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre enfant prend-t-il un traitement médical régulier (y compris gouttes nasales) : oui non

Si oui, lequel

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

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Enurésie (pipi au lit) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Maux de tête récidivants : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Retard de croissance : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

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

2- Antécédents familiaux

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

Quel lien de parenté avec votre enfant ?



CESAL

Centre
d'Explorations
du Sommeil
de l'Agglomération
Lilloise

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

- Nombre d'heures de sommeil la nuit :
- Nombre d'heures de sommeil la journée :
- Sommeil : calme agité
- Eveils nocturnes : < 1/semaine 1 à 3 /semaine < 4/semaine
- Principalement : sur le dos sur le ventre sur le côté
- Tête rejetée en arrière : oui non
- Respire la bouche ouverte : oui non
- Transpire : un peu beaucoup énormément (pyjama ou draps à changer)
- Ronfle : jamais pas souvent souvent tous les jours
- Ronflements :
- légers (entendus dans sa chambre)
- bruyants (entendus dans la chambre à côté)
- très bruyants (entendus d'une pièce plus loin)
- Fait des efforts la nuit pour respirer : oui non ne sait pas
- Fait des pauses respiratoires : oui non ne sait pas
- Se réveille difficilement le matin : oui non ne sait pas
- Est très fatigué ou somnolent dans la journée : oui non ne sait pas
- Votre enfant a-t-il un des comportements suivants :
- Timidité excessive/réservé socialement : oui non ne sait pas
- Hyperactivité : 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



CESAL

Centre
d'Explorations
du Sommeil
de l'Agglomération
Lilloise

QUESTIONNAIRE PSQ (CHERVIN)

➤ RONFLEMENT

FREQUENCE

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| ❖ | Ronfle souvent | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Ronfle en permanence | <input type="checkbox"/> |

QUALITE

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| ❖ | Ronflement intense | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Respiration bruyante | <input type="checkbox"/> |

➤ DIFFICULTES RESPIRATOIRES

- | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| ❖ | Respiration irrégulière | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Apnées constatées | <input type="checkbox"/> |

➤ RESPIRATION BUCCALE

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| ❖ | Bouche ouverte pendant la journée | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Bouche sèche au réveil | <input type="checkbox"/> |

➤ SOMNOLENCE DIURNE

- | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|
| ❖ | Fatigue au réveil | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Endormissement (diurne) | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Endormissement à l'école | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Difficulté à se réveiller | <input type="checkbox"/> |

➤ TROUBLES ATTENTION / HYPERACTIVITE

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| ❖ | N'écoute pas | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Inorganisé | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Aisément distrait | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Bouge | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Toujours actif | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | S'interrompt au cours d'une activité | <input type="checkbox"/> |

➤ AUTRES

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| ❖ | Enurésie nocturne | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | (fait d'uriner inconsciemment ou non pendant le sommeil) | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Maux de tête | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Retard de croissance | <input type="checkbox"/> |
| ❖ | Obésité | <input type="checkbox"/> |

TOTAL : /22



CESAL

Centre
d'Explorations
du Sommeil
de l'Agglomération
Lilloise

TEST DE CONNERS COURT

SYMPTOME	Pas du tout (0)	Un petit peu (1)	Beaucoup (2)	Enormément (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"/>
<u>SCORE FINAL :</u>				

ECHELLE ESEA

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	0	1	2	3
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1. Assis au calme en lisant, dessinant ou en écrivant	0	1	2	3
2. En regardant la télévision	0	1	2	3
3. En jouant seul au jeu vidéo, à la console de jeu ou à l'ordinateur	0	1	2	3
4. En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport	0	1	2	3
5. Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
6. En classe le matin	0	1	2	3
7. En classe après le repas de midi	0	1	2	3
8. A la récréation	0	1	2	3
9. Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
10. Le matin au réveil	0	1	2	3
<u>SCORE FINAL :</u>				