



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 |

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 ?



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

QUESTIONNAIRE PSQ (CHERVIN)

➤ RONFLEMENT

FREQUENCE

- ❖ Ronfle souvent
- ❖ Ronfle en permanence

QUALITE

- ❖ Ronflement intense
- ❖ Respiration bruyante

➤ DIFFICULTES RESPIRATOIRES

- ❖ Respiration irrégulière
- ❖ Apnées constatées

➤ RESPIRATION BUCCALE

- ❖ Bouche ouverte pendant la journée
- ❖ Bouche sèche au réveil

➤ SOMNOLENCE DIURNE

- ❖ Fatigue au réveil
- ❖ Endormissement (diurne)
- ❖ Endormissement à l'école
- ❖ Difficulté à se réveiller

➤ TROUBLES ATTENTION / HYPERACTIVITE

- ❖ N'écoute pas
- ❖ Inorganisé
- ❖ Aisément distrait
- ❖ Bouge
- ❖ Toujours actif
- ❖ S'interrompt au cours d'une activité

➤ AUTRES

- ❖ Enurésie nocturne (fait d'uriner inconsciemment ou non pendant le sommeil)
- ❖ Maux de tête
- ❖ Retard de croissance
- ❖ Obésité

TOTAL : /22



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	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Toujours (3)
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>				



SCORE DE SPRUYT GOZAL

Ceci au cours des 6 derniers mois

1. Avez-vous déjà été obligé de secouer votre enfant dans son sommeil pour qu'il se remette à respirer ?
 - 0 – jamais
 - 1 – rare (1 nuit par semaine)
 - 2 – occasionnel (2 nuits par semaine)
 - 3 – fréquente (3 à 4 nuits par semaine)
 - 4 – quasi toujours (plus de 4 nuits par semaine)

2. Est-ce que votre enfant s'arrête de respirer pendant son sommeil ?
 - 0 – jamais
 - 1 – rare (1 nuit par semaine)
 - 2 – occasionnel (2 nuits par semaine)
 - 3 – fréquente (3 à 4 nuits par semaine)

3. Est-ce que votre enfant a des difficultés pour respirer pendant son sommeil ?
 - 0 – jamais
 - 1 – rare (1 nuit par semaine)
 - 2 – occasionnel (2 nuits par semaine)
 - 3 – fréquente (3 à 4 nuits par semaine)
 - 4 – quasi toujours (plus de 4 nuits par semaine)

4. Est-ce que la respiration de votre enfant pendant son sommeil a déjà été un motif d'inquiétude pour vous ?
 - 0 – jamais
 - 1 – rare (1 nuit par semaine)
 - 2 – occasionnel (2 nuits par semaine)
 - 3 – fréquente (3 à 4 nuits par semaine)
 - 4 – quasi toujours (plus de 4 nuits par semaine)

5. Quelle est l'intensité du bruit de son ronflement ?
 - 0 – légèrement perceptible ou faible
 - modérément fort
 - fort
 - très fort
 - extrêmement fort

6. A quelle est la fréquence votre enfant ronfle-t-il ?
 - 0 – jamais
 - 1 – rare (1 nuit par semaine)
 - 2 – occasionnel (2 nuits par semaine)
 - 3 – fréquente (3 à 4 nuits par semaine)
 - 4 – quasi toujours (plus de 4 nuits par semaine)

SCORE FINAL :

COMMENT REMPLIR L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda se remplit à **deux** moments de la journée :

- ✓ Le **matin** au réveil pour décrire le déroulement de la nuit
- ✓ Le **soir** pour reporter ce qui s'est passé dans la journée.

Le **matin** : inscrivez la date (nuit du 5 au 6 juin par exemple).

- Notez le moment où vous vous êtes mis au lit par une flèche vers le bas (même si c'était pour lire ou pour regarder la télévision)
- Mettez une flèche vers le haut pour indiquer votre horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
- Coloriez les périodes de la nuit où vous pensez avoir dormi, et laissez-en blanc les périodes où vous pensez que vous êtes restés éveillé(e)s longtemps. Si vous vous êtes réveillés souvent mais pas longtemps, mettez simplement un « R ».
- Précisez ensuite la qualité de votre nuit, votre forme au réveil, en remplissant les colonnes de droite (TB = très bon, B = Bon, Moy = moyen, M = mauvais, TM = très mauvais).
- Précisez si vous avez pris des médicaments, ou s'il s'est passé quelque chose qui a pu interférer avec votre sommeil (par exemple faire du sport le soir, avoir mal à la tête, avoir de la fièvre...).

Le **soir** : vous remplissez à nouveau l'agenda

- Coloriez la période où vous avez fait une sieste. Reportez si besoin les moments de somnolence en notant un « S » en regard des horaires correspondants.

Vous remplirez cet agenda pendant les 14 jours qui précèdent la consultation. S'il vous est possible de le remplir à la fois sur une période de travail et une période de vacances, vous aurez beaucoup plus d'informations.



Centre d'Exploration du Sommeil de l'Agglomération Lilloise
Hôpital privé La Louvière, 69 Rue de la Louvière 59800 LILLE

Maison du Sommeil du Croisé
31, Place Lisfranc 59700 Marcq-en-Baroeul

explorationsdusommeil@gmail.com

03 20 55 02 50