

Questionnaire 1ère consultation sommeil enfant (4/16 ans)

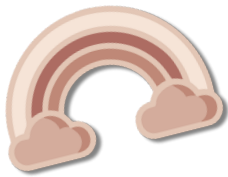
Nous vous informons que nos consultations, actes techniques de prévention et d'éducatons thérapeutiques peuvent comprendre un acte pris en charge par la sécurité sociale au tarif conventionné secteur 1 et une partie **hors nomenclature**, ne pouvant faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie ; ceci conformément à l'article 66 de la Convention nationale.

Sensibilisation aux troubles du sommeil lors d'une consultation initiale ou de suivi supérieur à 4 mois : + 17,30 €

Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polygraphie : + 54 €

Prévention et Education thérapeutique lors d'un bilan sommeil avec polysomnographie : + 78 €

Je confirme avoir pris connaissance des conditions et consentir de façon libre et éclairée.



Signature,
précédée de la mention "Bon pour Accord":



*La connaissance de l'état de santé de votre enfant nous conduit à adapter notre attitude thérapeutique à chaque cas particulier.
Nous vous demandons donc de remplir avec le plus de précision l'ensemble du document suivant.*

Nom : _____	Prénom : _____
Sexe : _____	Date de naissance : _____
Taille : _____	Poids : _____
Téléphones parents : _____	Numéro SS : _____
Adresse postale : _____	Mail parents : _____
Médecin traitant/Pédiatre : _____	
Allergies connues : _____	
Traitement médicamenteux en cours : _____	
	Age : _____
	IMC : _____
	Classe : _____

Motif(s) de consultation : _____

Prise de rdv : _____ Problème filmé : Oui / Non (A apporter en consultation)

Spontanée

Demandée par : _____

Accompagnant(s) : _____

Situation familiale et sociale

Parents en couple

Parents séparés

Si oui, quel âge avait l'enfant à la séparation : _____

Si oui, mode de garde : _____

Frère(s)/sœur(s)

Âge(s) : _____

Animaux de compagnie : _____

Lieu de vie :

Maison ou Appartement ?

Environnement Calme ou Bruyant ?

Activité ou sport extra-scolaire

Précisez : _____

Recours aux écrans

Type(s) d'écran(s) : _____

Combien d'heures par jour : _____

Après le dîner

Dans la chambre

Stoppés combien de temps avant l'endormissement : _____

Antécédents chirurgicaux

Précisez : _____

Antécédents médicaux

Grossesse/naissance

- Diabète gestationnel
- SAS gestationnel (apnée du sommeil)
 - Traitée?
- HTA gestationnelle
- Prééclampsie
- Césarienne
- Programmée ou d'urgence? : _____
- Accouchement prématuré
- A combien de mois de grossesse? : _____
- Retard de croissance fœtale

- Autre(s) : _____



Gastro / Alimentaire

- Ballonnements
- Rots fréquents
- RGO
 - Traité?
- Si oui, chronique ou ponctuel? : _____
- Syndrome de l'Intestin Irritable
- Trouble des Conduites Alimentaires
- Consommation de sucre importante

- Autre(s) : _____



ORL - Nez/gorge/cou/oreilles

Dentaire - Bouche/langue/mâchoires/dents

- Allaitement au sein
- Combien de mois? : _____
- Diversification alimentaire
- A quel âge? : _____
 - Introduction des morceaux?
- Difficulté à la mastication
- Difficulté à la déglutition
- Trouble du langage / de l'élocution
- Malocclusion
- Rétrognathie
- Endoalvéolie ou Endognathie
- Palais ogival
- SADAM
- Bruxisme



- Respiration (préciser jour et/ou nuit) :
 - Nasale
 - Buccale
 - Mixte
- Troubles de l'audition
 - Port d'appareil(s) auditif(s)?
- Hypertrophie des végétations
- Hypertrophie des amygdales
- Rhinite chronique
 - Traitée?
- Bronchiolites répétées
- Combien depuis la naissance? : _____
- Otites répétées
- Combien par an? : _____
- Déviation cloison nasale

Autre(s) : _____

Neuro-Psy

- Autisme
- DYS (apprentissages)
 - Dyscalculie
 - Dysgraphie
 - Dyslexie
 - Dysorthographe
 - Dysphasie
 - Dyspraxie
- Dysfonction proprioceptive
- Epilepsie
- Haut Potentiel Intellectuel
- Retard mental
- TDA/H
- Tics chroniques



Autre(s) : _____

Généraux

- Anomalies génétiques / immunitaires / inflammatoires
- Préciser :
- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie
- Douleur chronique
- Préciser :
- Retard de croissance
- Diabète
- Troubles visuels
 - Port de lunettes de vue ?

Fille:

- Menstruations ?

Si oui: depuis quel âge ? : _____

- Contraception ?

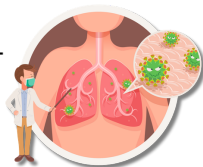
Si oui: depuis quel âge? De quel type? : _____



Autre(s) : _____

Pneumologie / Allergologie

- Asthme
- Depuis quand ? : _____
- Suivi ? : _____
- Traitement(s) ? : _____
- Allergie(s)
- Lesquelles ? : _____
- Depuis quand ? : _____
- Suivi ? : _____
- Traitement(s) ? : _____
- Autre(s) : _____



Cardiovasculaire

- Accident Vasculaire Cérébral
- Hypertension artérielle
- Infarctus du myocarde
- Extrasystoles



Autre(s) : _____

Parafonctions

- Succion non nutritive
 - Pouce
 - Tétine
- Si ancienne, préciser âge sevrage : _____



- Onychophagie
 - Chronique
 - Réactionnelle
- Doudou ou objet sucé/mordillé
- Léchage/morsure des lèvres/des joues

Suivis médicaux/paramédicaux passés ou présents

Précisez : Nom du praticien - Passé/En cours/A venir - Pour quel(s) motif(s)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologue | <input type="checkbox"/> Pneumologue |
| <input type="checkbox"/> Cardiologue | <input type="checkbox"/> Diététicien/Nutritionniste |
| <input type="checkbox"/> Dentiste | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Orthodontiste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | <input type="checkbox"/> Psychomotricité |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> ORL | Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre | |

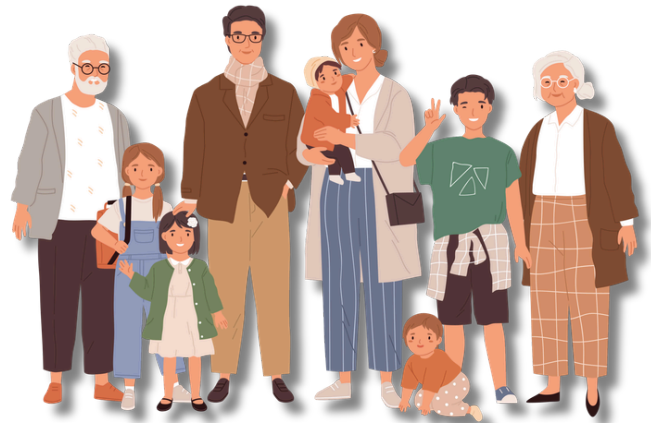


Antécédents familiaux

Précisez qui est concerné

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Dépression _____ |
| <input type="checkbox"/> Bipolarité _____ |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie _____ |
| <input type="checkbox"/> Ronflement _____ |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde _____ |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral _____ |
|
 |
| <input type="checkbox"/> Obésité ou surpoids _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie/triglycéridémie _____ |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsie _____ |
| <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos _____ |

Autres : _____



Commentaires libres : _____

Habitudes de sommeil

Détails coucher

Lieu

- Chambre individuelle
- Chambre partagée
- Chambre parentale
 - En partie
 - En totalité (début/milieu/fin de nuit)

Luminosité

- Dans le noir
- Avec veilleuse
- Quelle couleur ? : _____
- Avec lumière
- Quelle couleur ? : _____

Présence d'un rituel : _____

Endormissement autonome ou accompagné : _____

Position préférentielle de sommeil : _____

Heure de mise au lit : _____ Semaine : _____ Week-end : _____

Heure d'endormissement : _____ Semaine : _____ Week-end : _____

Détails lever

Réveil

- Réveil précoce
- Réveil lent
- Réveil difficile

Heure de réveil : _____ Semaine : _____ Week-end : _____ spontané / provoqué

Heure de levé : _____ Semaine : _____ Week-end : _____

Siestes

Sont-elles

- Toujours d'actualité
- Arrêtées depuis
ses ____ans

Fréquence

- Tous les jours
- Parfois
- Jamais

Durée

- Longues
- Courtes

Luminosité

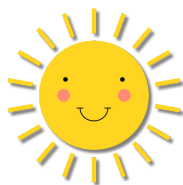
- Dans le noir
- Demi-jour

Effet

- Efficaces
- Non rafraîchissantes

Le JOUR :

- Sommeil non réparateur
- Insomnie chronique (>3mois)
- Manque d'appétit au petit-déjeuner
- Agitation / Hyperactivité
- Somnolence diurne excessive
- Troubles de l'attention
- Troubles de la mémorisation
- Troubles des apprentissages
- Troubles exécutifs (organisation)
- Irritabilité/Impulsivité
- Fatigue
- Troubles du rythme circadien
 - Avance de phase
 - Retard de phase
 - Jet lag social (weekend) – de combien d'heures ? : _____



Autre(s) : _____

La NUIT :

- Eveils nocturnes >2x
- Sommeil agité
- Durée de sommeil excessive
- Hyperextension cervicale
- Transpiration excessive
- Ronflement
- Respiration bruyante/laborieuse
- Apnées constatées
- Bavage sur l'oreiller
- Enurésie ou Nycturie
- Parasomnies
 - Somnambulisme
 - Terreurs nocturnes
 - Cauchemars chroniques
 - Rythmiques
 - Paralysies du sommeil
 - Eveil confusionnel
 - Bruxisme
- Autre(s) : _____



Questionnaires et Echelles

Questionnaire PSQ (Chervin)

Sensible dans le dépistage de troubles respiratoires nocturnes chez l'enfant.



Ronflements

- *Fréquence* : Ronfle souvent
 Ronfle en permanence
- *Qualité* : Ronflement intense
 Respiration bruyante

Difficultés Respiratoires

- Apnées constatées
 Respiration irrégulière

Respiration Buccale

- Bouche sèche au réveil
 Respiration irrégulière

Somnolence Diurne

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

Troubles Attention/Hyperactivité

- N'écoute pas
 Inorganisé(e)
 Aisément distrait(e)
 Bouge
 Toujours actif(ve)
 S'interrompt en cours d'une activité

Autres

- Enurésie nocturne
 Maux de tête
 Retard de croissance
 Obésité

Total : /22

En cas de score **>8**, la probabilité d'apnées du sommeil est forte et justifie d'un bilan.



Echelle de Somnolence adaptée à l'Enfant et à l'Adolescent

Pour les 7/13 ans. Appréciation de la somnolence diurne.

Il se peut que tu aies envie de dormir dans la journée. Si c'est le cas dans l'une des situations suivantes, entoure le chiffre qui correspond 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 quand tu lis, tu dessines ou quand tu écris	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
En jouant seul au jeux vidéo sur un écran (téléphone, tablette, console ...)	0	1	2	3
En jouant dehors avec tes amis ou quand tu fais du sport	0	1	2	3
Dans la voiture ou le train qui roule depuis plus d'1 heure	0	1	2	3
En classe le matin	0	1	2	3
En classe après le repas de midi	0	1	2	3
A la récréation	0	1	2	3
Le week-end si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
Le matin quand tu te réveilles	0	1	2	3

Total : /30

En cas de score >15, il y a une somnolence diurne excessive.

Questionnaire abrégé de Conners - pour les parents

Préciser le comportement de l'enfant et sa relation avec les autres.

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 fait pas ce qu'il/elle a commencé, attention de courte durée	0	1	2	3
Toujours remuant	0	1	2	3
Perturbe les autres 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
Excès de colère, comportement explosif et imprévisible	0	1	2	3

Total : /30

Un score >15 suggère des indices d'hyperactivité.