



## 1ere consultation Sommeil pour les enfants de 4 à 16 ans

**Dr Delignieres**

Questionnaire médical proposé afin de préparer la 1ere consultation

Merci de venir avec le courrier d'adressage du médecin traitant, le carnet de santé et l'agenda de sommeil

La première consultation dure 45 min et est facturée 130 euros (base SS de 69,12 euros)

**1) Nom de l'enfant :**

*Prénom*

*Date de Naissance*

**2) Coordonnées de la famille :**

*Parent ou tuteur légal 1*

*Parent ou tuteur légal 2*

*Nom*

*Prénom*

*Date de Naissance*

*Profession*

*Adresse postale*

*Téléphone*

*Email*

**3) Renseignements fratrie :**

*Nom*

*Prénom*

*Date de naissance*

**4) Existe- t-il des antécédents familiaux médicaux particuliers ?  
Notamment liés au sommeil ?**

**5) Antécédents personnels de votre enfant de la grossesse à 1 mois de vie :**

Déroulement de la grossesse :

Naissance :

Poids de naissance

Taille de naissance

PC de naissance

Apgar

Déroulement de la période néonatale ( 4 premières semaines de vie ) :

**6) Antécédents médicaux :**

**Suivi ORL ?** oui  non  Médecin :

date de la dernière consultation :

otites à répétition : oui  non  autres ? .....

Prise en charge chirurgicale ? oui  non  date :

**Suivi Orthodontique ?** oui  non  Médecin :

date de la dernière consultation :

traitement déjà réalisé ou en cours :

**Suivi Pulmonaire ?** oui  non  Médecin :

date de la dernière consultation :

Asthme : oui  non  traitement :

Allergies : oui  non  précisez si oui :

**Autres suivis :**

Pathologie

Traitement

Médecin spécialiste

## **7) Bilan sensoriel :**

Date

Médecin

Résultats

*Bilan auditif :*

*Bilan visuel :*

## **8) Premières étapes du développement psychomoteur :**

*Age d'apparition des premiers mots :*

*Age d'apparition des premières phrases avec sujet et utilisation du « je » :*

*Age d'acquisition des premiers déplacements :*

*Age d'acquisition de la marche :*

*Evaluation à 3 ans au début de la scolarisation , y avait-il des inquiétudes particulières ? :*

## **9) Comment se passe l'alimentation depuis la petite enfance ?**

*Mise en place de l'alimentation solide :*

*L'alimentation est-elle bien diversifiée ?*

## **10) Mode de vie :**

*Pratique d'une activité physique :*

*Prise de médicaments quotidienne :*

*Consommation de boissons énergisantes :*

*Consommation de drogues :*

*Consommation des écrans : supports ?*

*Temps quotidien estimé :*

## **11) Sur le plan scolaire :**

*Nom de l'école :*

*Classe actuelle :*

*Existe-t-il des difficultés sur le plan des apprentissages ?*

*Si oui , merci de préciser les éléments suivants :*

*A quel âge les difficultés ont été repérées ?*

*Par qui ?*

Dans quels domaines ?

**12) Y a-t-il des prises en charge / suivis particuliers passés ou en cours ?**

*Si oui, merci de préciser lesquels ?*

**13) Habitudes de sommeil :**

Heure du coucher en semaine :

Heure du coucher le WE ou pendant les vacances :

Conditions du coucher : chambre seul  partagée

Dort dans son lit oui  non

Présence parentale oui  non  au coucher  toute la nuit

Une fois couché, quel est le rituel ?

Durée de l'endormissement ?

Réveils nocturnes ? oui  non  Si oui, durée des éveils :

Que se passe-t-il en cas de réveils ? lever  activités

De combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour vous sentir bien ?

Heure du lever en semaine :

Heure du lever le We et les vacances :

Temps de sommeil moyen :

Sensation au réveil : en forme  encore fatigué et endormi  mal à la tête

**14) Troubles du sommeil**

Depuis quand existe-t-il des difficultés liées au sommeil ? Motif de consultation ?

Fatigue /manque d'énergie ressentie dans la journée : oui  non

Besoin de faire la sieste dans la journée : oui  non

Ronflements : oui  non  Sueurs nocturnes : oui  non

Respiration buccale pendant le sommeil : oui  non

Position particulière durant le sommeil : oui  non  Enurésie : oui  non

Modification du comportement : oui  non  Trouble de la concentration/ mémoire : oui  non

Impression d'être paralysé au moment de l'endormissement ou au réveil : oui  non

Chute de la tête, d'un membre ou de tout le corps, pouvant conduire à des malaises ou à des chutes : oui   
non

Impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) oui  non

Sensation douloureuse au niveau des jambes en fin de journée ou au coucher avec besoin de bouger pour diminuer l'inconfort : oui  non

Manifestations nocturnes sans réveil complet : oui  non  Préciser le moment de la nuit :

A quelle heure ?

Quels types de symptômes ? parle – déambule- s'agite- peur

**15) Texte libre : Plainte, éléments que vous souhaitez apporter en plus si nécessaire**

**16) Questionnaire : Echelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16 ans** *situé page suivante*

## Echelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16 ans

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance: ..... Taille : .....

Nom de l'enfant : .....

Sexe :  Garçon  Fille Poids : .....

Basez-vous sur les observations que vous avez pu faire durant les 6 derniers mois et cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous avez observé de votre enfant. Merci de répondre à toutes les questions en remplissant les lignes ou en entourant les nombres.

	Plus de 9h	8h à 9h	7h à 8h	5h à 7h	Moins de 5h	A	B	C	D	E
1. Combien d'heures l'enfant dort-il la plupart des nuits ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Moins de 15 min	15-30 min	30-45 min	45-60 min	Plus de 60 min					
2. Combien de temps après sa mise au lit l'enfant met-il habituellement pour s'endormir ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Jamais	Rarement 1 à 3 fois / mois	Parfois 1 à 2 fois / semaine	Souvent 3 à 5 fois / semaine	Toujours Tous les jours					
3. L'enfant va au lit avec réticence	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
4. L'enfant a des difficultés à s'endormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
5. L'enfant ressent de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
6. Lorsque l'enfant s'endort, il semble vivre ses rêves	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
7. L'enfant transpire excessivement à l'endormissement	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
8. L'enfant se réveille plus de 2 fois par nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
9. L'enfant a des difficultés à s'endormir à nouveau après s'être réveillé dans la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
10. Dans son sommeil, l'enfant a des mouvements brusques ou des secousses des jambes ou il change souvent de position durant la nuit ou encore il jette les couvertures au pied de son lit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
11. L'enfant a des difficultés à respirer durant la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
12. L'enfant fait des pauses respiratoires ou cherche sa respiration pendant son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
13. L'enfant ronfle	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
14. L'enfant transpire excessivement pendant la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
15. Vous avez assisté à un épisode de somnambulisme de l'enfant (il se lève et déambule pendant son sommeil)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
16. Vous avez déjà entendu l'enfant parler dans son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
17. L'enfant grince des dents pendant son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
18. L'enfant se réveille en hurlant ou est confus au point qu'il est impossible de l'approcher, mais il n'a aucun souvenir de ces événements le matin suivant	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
19. L'enfant fait des cauchemars dont il ne se rappelle pas le matin venu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
20. L'enfant est difficile à réveiller le matin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
21. L'enfant se réveille le matin en se sentant fatigué	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
22. L'enfant se sent incapable de bouger quand il se réveille le matin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
23. L'enfant est somnolent durant la journée	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
24. L'enfant s'endort brutalement, de façon inattendue, à l'école ou lors de ses activités	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
25. Lorsque l'enfant rit, il a une perte de tonus musculaire qui peut entraîner un affaissement du corps ou une chute	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
Trouble de l'initiation ou du maintien du sommeil (somme des scores des items 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9)										
Parasomnie (somme des scores des items 6, 10, 15, 16, 17, 18, 19)										
Somnolence diurne excessive (somme des scores des items 23, 24, 25)										
Trouble respiratoire du sommeil (somme des scores des items 7, 11, 12, 13, 14)										
Sommeil non réparateur (somme des scores des items 20, 21, 22)										
Score total (somme des 5 facteurs)										

Facteurs	Sommes	Scores	Seuils	Normes			Sous-scores					
				Moyenne	Ecart-type	Q1 et Q3	A	B	C	D	E	
Troubles du sommeil	1 à 25 (sur 125)	.....	>45 <input type="checkbox"/>	38	8,8	32-44						
A. Insomnies	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 (sur 35)	.....	>21 <input type="checkbox"/>	12	4,2	9-14						
B. Parasomnies	6, 10, 15, 16, 17, 18, 19 (sur 35)	.....	>17 <input type="checkbox"/>	10	3	8-12						
C. Problèmes respiratoires	7, 11, 12, 13, 14 (sur 25)	.....	>12 <input type="checkbox"/>	6	2,4	5-8						
D. Sommeil non réparateur	20, 21, 22 (sur 15)	.....	>11 <input type="checkbox"/>	5	2,5	4-7						
E. Somnolence diurne excessive	23, 24, 25 (sur 15)	.....	>5 <input type="checkbox"/>	3	0,8	3-3						

*Ces scores ne peuvent en aucun cas remplacer le diagnostic d'un spécialiste du sommeil. Si scores A, C ou E > seuils, consultez un spécialiste.*

### 17) Echelle d'attention et de comportement SNAP IV :

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

### 18) Echelle de somnolence diurne ( PDSS) :

## ECHELLE PEDIATRIQUE DE SOMNOLENCE DIURNE (PDSS)

Merci de répondre en toute honnêteté aux questions suivantes. Cocher une seule réponse pour chaque question.

Non rempli

Question	Toujours	Fréquemment	De temps en temps	Rarement	Jamais
1. Combien de fois t'endors tu ou as-tu sommeil pendant les cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Combien de fois as-tu sommeil ou envie de dormir en faisant tes devoirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'habitude, es-tu bien éveillé(e) la plupart de la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Combien de fois te sens tu fatigué(e) ou grincheux(se) en cours de journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A quelle fréquence as-tu besoin de quelqu'un pour te réveiller le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Combien de fois te rendors-tu après avoir été réveillé(e) le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A quelle fréquence as-tu besoin de quelqu'un pour te réveiller le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Combien de fois penses-tu avoir besoin de plus de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) **Agenda de Sommeil** à compléter sur au moins 3 semaines ( minimum 2 semaines de période scolaire et au moins 2 WE ) de manière rigoureuse avant la consultation.