



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Antoine Beclere  
Année 1, n° 1  
Date de parution

Votre enfant a-t-il été opéré des végétations ?  Oui  Non

A-t-il été opéré des amygdales ?  Oui  Non

A-t-il souvent des angines ?

Ronfle-t-il ?

A-t-il des difficultés à respirer ?

Respire-t-il par la bouche ?

Y'a-t-il dans la famille des personnes ayant des

troubles respiratoires du sommeil (apnées) ?

A-t-il d'autres problèmes médicaux ?

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Dans quelle classe est-il ? \_\_\_\_\_

QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE DE LA CONSULTATION ?

VOS COMMENTAIRES :

**Laboratoire du sommeil  
Hôpital Antoine Béclère  
157 rue de la porte de Trivaux—92141 Clamart**



HOPITAL ANTOINE BECLERE

Date du Questionnaire :

## QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DU SOMMEIL ENFANTS DE 1 à 12 ans



Merci de remplir ce questionnaire pour nous aider à mieux évaluer les troubles du sommeil de votre enfant et vous orienter vers la prise en charge la mieux adaptée à son cas.

Essayez de répondre à chaque question et n'hésitez pas à donner des détails qui pourraient vous sembler utiles à une meilleure compréhension du problème de sommeil de votre enfant.

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ SEXE :  Fille  Garçon

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants dans la famille : \_\_\_\_\_

Âges : \_\_\_\_\_



## SON SOMMEIL

A quel âge les troubles du sommeil ont-ils commencé ? \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances (maladies, accidents, décès, séparation, déménagement, nouvelles naissance, etc) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dort-il dans sa chambre ?  Oui  Non

Chambre individuelle ?  Oui  Non

Dans son lit ?  Oui  Non

Si non, avec qui dort-il (frère, sœur, parents, etc ...) .....

Heures	de coucher	de lever
En semaine	_   _  h    _     _	_   _  h    _     _
Le week-end	_   _  h    _     _	_   _  h    _     _
En vacances	_   _  h    _     _	_   _  h    _     _

Comment se passe le coucher (rituel, câlin, biberon, histoire ...) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En combien de temps s'endort-il en moyenne ? \_\_\_\_\_

A-t-il un sommeil agité ?  Oui  Non

Fait-il des cauchemars ?  Oui  Non

Se réveille-t-il la nuit ?  Oui  Non

Si oui, combien de fois et à quelle(s) heure(s) ? \_\_\_\_\_

Que fait-il lorsqu'il se réveille (pleure, crie, se lève ....) et comment est-il (en sueurs, encore endormi, très agité ....) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà donné à votre enfant des médicaments pour dormir ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_



## SES JOURNEES

Avez-vous l'impression votre enfant manque de sommeil ?

Oui  Non

Fait-il des siestes ? A quelle(s) heure(s) ? |\_| |\_| h |\_| |\_|

A-t-il tendance à s'endormir facilement dans la journée (en dehors des siestes) ?  Oui  Non

Si oui, à quel moment et dans quelles circonstances ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## RETENTISSEMENT DES TROUBLES DU SOMMEIL

Quel est le retentissement des troubles du sommeil de votre enfant sur la vie familiale ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Et sur votre sommeil ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_