



QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL DES ADOLESCENTS A PARTIR DE 10 - 12 ANS

Merci de remplir ce questionnaire pour nous aider à mieux évaluer tes troubles du sommeil et t'orienter vers la prise en charge la mieux adaptée à ton cas.

Essaye de répondre à chaque question et n'hésites pas à donner des détails qui pourraient te sembler utiles à une meilleure compréhension de ton problème de sommeil.

Rapportes ce questionnaire à la première consultation

Date du questionnaire :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sexe :
 Adresse :
 Tél : Classe :

1- TON SOMMEIL

Quel est ton problème ?.....

 A quel âge a-t-il commencé ?.....

 Dans quelles circonstances ?.....

Fais-tu du sport ? OUI NON
 Si oui, quel sport ?.....

A quel moment de la journée ?.....
 Combien de fois par semaine ?.....

Te semble-t-il que ton humeur ait changé récemment ?
 OUI NON

Te semble-t-il que ta mémoire ait baissé soudainement ?
 OUI NON

As-tu eu récemment une baisse de tes résultats scolaires ?
 OUI NON

As-tu des commentaires à ajouter :

Questionnaire à renvoyer au :

Consultation de Pédiatrie
 Hôpital Antoine Bécclère
 157 Rue de la Porte de Trivaux
 92140 CLAMART
 Tél : 01.45.37.42.71

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

Si tu étais absolument libre de te coucher à l'heure que tu voulais, à quelle heure te coucherais-tu ? LUU h LUU

Si tu étais absolument libre de te lever à l'heure que tu voulais, à quelle heure te lèverais-tu ? LUU h LUU

Combien de minutes te faut-il pour t'endormir ? LUU

Combien de fois par nuit te réveilles-tu ?

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

En combien de temps, arrives-tu à te rendormir ?

Après un sommeil normal de nuit, te sens-tu :

Bien reposé(e) Un peu fatigué(e) Très fatigué(e)

2- TES JOURNEES

As-tu des difficultés à te réveiller le matin ?

Dans la journée, as-tu tendance à t'endormir ?

Si oui, à quel(s) moment(s) ?

Fais-tu quelquefois la sieste ?

Si oui, combien de fois par semaine ?

3- TES HABITUDES

Fumes-tu ? OUI NON

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Bois-tu du café ? OUI NON

Si oui, combien de tasses par jour ?

Bois-tu du coca ? OUI NON

Si oui, combien de verres par jour ?

Bois-tu de l'alcool ? OUI NON

Si oui, combien de verres par jour ?

par semaine ?

Prends-tu habituellement des médicaments ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

As-tu des problèmes médicaux ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Ronfles-tu la nuit ? OUI NON