



QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL : ENFANT DE 5 A 10 ANS

Mon enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Médecin traitant : _____

Classe : _____ Activités extrascolaires : _____

Notre famille :

Profession des parents : papa _____ maman _____

Situation familiale des parents (en couple, séparés...) : _____

Prénoms et âges des autres enfants : _____

Motif principal de la consultation :

- ☐ Ronflements la nuit
- ☐ Difficulté à s'endormir
- ☐ Se réveille en pleine nuit ou trop tôt le matin
- ☐ Dort beaucoup
- ☐ Fatigué la journée
- ☐ Autre (précisez) : _____

Depuis quand ? date de début : _____

Y-a-t-il eu des événements stressants (décès, divorce, problème familial ou à l'école...) qui peuvent être reliés au début des troubles du sommeil ? _____

Age auquel votre enfant a fait ses nuits : _____ o jamais

Habitudes autour du sommeil :

- Votre enfant dort-il dans **sa propre chambre** ? : ☐ oui ☐ non
- Est-il devant les écrans après le repas du soir ? (TV, tablette, smartphone..) ☐ oui ☐ non
- Combien de temps par jour regarde-t-il les écrans ? _____ / jour
- Avez-vous mis en place un rituel du coucher ? (Brossage des dents, pyjama, petite histoire ..) ☐ oui ☐ non
Si oui, précisez : _____
- Votre enfant s'endort-il seul ? ☐ oui ☐ non
Si non, que faites-vous pour l'aider à s'endormir?
 - ☐ Je reste à côté de lui
 - ☐ Je dors avec lui
 - ☐ Je le laisse s'endormir dans le canapé
 - ☐ Je le laisse regarder les écrans (télé, smartphone, tablette....)
 - ☐ Autre (précisez) : _____

- A-t-il de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir ? ☐ oui ☐ non
- Il s'endort en ☐ < 30 min ☐ 30 à 60 min ☐ > 60 min
- En cas de réveil en pleine nuit que se passe-t-il ? _____

Horaires de sommeil :

En semaine : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

En Week-end : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

Y-a-t-il des siestes dans la journée ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez les horaires _____

Si non, précisez l'âge de l'arrêt des siestes : _____ans

Problèmes présents pendant le sommeil (cochez les cases) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Ronflements ou pauses respiratoires | ☐ Grince des dents |
| ☐ Sommeil agité (bouge beaucoup ; mouvements brusques) | ☐ Respiration bruyante |
| ☐ Crie pendant son sommeil | ☐ Respire par la bouche |
| ☐ Parle pendant son sommeil | ☐ Fait des pipis au lit |
| ☐ Des cauchemars | ☐ Transpire beaucoup la nuit |
| ☐ Somnambulisme (se lève et marche dans la maison) | |
| ☐ Des terreurs nocturnes (se réveille en hurlant, impossible de le calmer, il n'a pas de souvenir de cet épisode le lendemain matin) | |

Les conséquences pendant la journée :

Le matin au réveil : ☐ en forme, se lève facilement ☐ fatigué, c'est difficile de le réveiller

Pendant la journée a-t-il les comportements suivants :

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| - Timidité excessive / très réservé | ☐ oui | ☐ non |
| - Hyperactivité, agitation | ☐ oui | ☐ non |
| - Agressivité | ☐ oui | ☐ non |
| - Difficultés scolaires | ☐ oui | ☐ non |

Autres problèmes : ☐ Maux de Tête ☐ Retard de croissance ☐ Obésité

Echelle de somnolence adaptée à l'enfant (A remplir avec l'enfant)

Si tu as envie de dormir dans la journée dans les situations suivantes, entoure le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens.

	ENVIE DE DORMIR			
	Jamais envie	Parfois envie	Souvent envie	Toujours envie
Assis au calme en lisant, en dessinant ou en écrivant	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
En jouant seul au jeu vidéo ou à l'ordinateur	0	1	2	3
En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport	0	1	2	3
Dans une voiture qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
En classe le matin	0	1	2	3
En classe après le repas du midi	0	1	2	3
A la récréation	0	1	2	3
Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
Le matin au réveil	0	1	2	3

Total : / 30

Echelle de Conners abrégée (A remplir par les parents)

Comment trouvez-vous votre enfant pendant la journée ?

Rempli le : par ☐ mère ☐ père ☐ mère + père

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
1. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changement d'humeur rapide et marqué				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

**Merci d'apporter en consultation :
ce questionnaire rempli, le carnet de santé, la carte vitale et l'attestation de mutuelle**