



Date : ...../...../.....

Visite N° : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DU SOMMEIL DE L'ENFANT :

Évaluez les signes de 0 à 10 où 0 étant l'absence de ce signe et 10 une présence importante.

### VOTRE ENFANT :

#### 1 – Respire-t-il bruyamment ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 2 – S'arrête-t-il de respirer la nuit ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 3 – Dort-il la bouche ouverte ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 4 – Respire-t-il bouche ouverte la journée ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 5 – A-t-il des sueurs nocturnes ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 6 – A-t-il un sommeil agité ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 7 – Fait-il des cauchemars ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

#### 8 – Énurésie ?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**9 – Se réveille-t-il fatigué et non reposé ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**10 – S’endort-il dans la journée ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**11 – Se lève-t-il avec des maux de têtes ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**12 – Un enseignant vous a-t-il signalé qu’il trouvait votre enfant fatigué ou somnolent ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**13 – A-t-il des difficultés scolaires ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**14 – A-t-il des difficultés à organiser son travail et ses activités ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**15 – Est-il isolé avec peu d’amis ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16 – A-t-il un retard de croissance depuis sa naissance ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10