



FICHE de préparation à la consultation Sommeil

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Méd Traitant : _____ Pédiatre : _____ Scolarisé en classe de : _____

Adresse : _____

Mail : _____ Téléphone : _____

1 / ANTECEDENTS MEDICAUX/CHIRURGICAUX

- Naissance prématurée o oui o non
- Reflux gastro-oesophagien o oui o non
- Otites à répétition (>3/an) o oui o non
- Angines à répétition (>3/an) o oui o non
- Ecoulement nasal chronique o oui o non
- Obstruction nasale chronique o oui o non
- Asthme o oui o non
 - o Fréquence des crises : au moins une fois par
 - Jour
 - semaine
 - mois
 - an
- Pneumopathies (infections du poumon) o oui o non
- Allergies respiratoires (acariens, pollens, ...) o oui o non

- Opération des végétations adénoïdes (date : ____/____/____) o oui o non
- Opération des amygdales (date : ____/____/____) o oui o non
- Tabagisme o oui o non
 - o Passif o oui o non
 - o actif (si adolescent) o oui o non
 - o cannabis (idem) o oui o non
- Epilepsie o oui o non
 - o Fréquence des crises : au moins une fois par
 - Jour
 - semaine
 - mois
 - an
- Autre



2/ ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Asthme/allergies o oui o non
- Apnées du sommeil o oui o non
- Obésité o oui o non
- Syndrome des jambes sans repos o oui o non

3/ TRAITEMENT EN COURS

- Médicaments :

.....

.....

.....

3/ HABITUDES DE SOMMEIL

- Ecran après le repas du soir (TV, tablette, téléphone) : o oui o non
 - Combien de temps ? :
- L'enfant dort-il seul dans sa chambre ? o oui o non
- Rejoint-il le lit parental dans la nuit ? o oui o non
 - o <1/semaine o de 1 à 3 / semaine o > 4 / semaine
- Heure du coucher le soir en semaine :
- Heure du lever le matin en semaine :
- Heure du coucher le soir le WE :
- Heure du lever le matin le WE :
- Alimentation nocturne (petit repas, biberon) o oui o non
 - Combien de fois par nuit ? :

3/ SYMPTOMES LA JOURNEE

- Maux de tête le matin o oui o non
- Fatigue ou somnolence o oui o non
- Timidité excessive / réservé socialement o oui o non
- Hyperactif o oui o non
- Agressivité o oui o non
- Difficulté d'attention à l'école o oui o non
- Difficulté de mémorisation o oui o non
- Difficultés apprentissages o oui o non



5/ SYMPTOMES NOCTURNES (en dehors des périodes de rhume)

- Difficultés d'endormissement (> 30 min) o oui o non
- Nombre d'heures de sommeil par nuit : _____
- Nombre d'heures de sommeil la journée :
 - o Les jours de classe
 - o Le WE _____
- Sommeil o calme o agité
- Eveils nocturnes prolongés o <1/semaine o de 1 à 3 / semaine o > 4 / semaine
- Pipi au lit o oui o non
- Doit se lever pour faire PIPi o oui o non
- Eveils confusionnels o oui o non
- terreurs nocturnes o oui o non
- somnambulisme o oui o non
- cauchemars o oui o non
- Dort principalement o sur le dos o sur le ventre o sur le côté
- Tête rejetée en arrière o oui o non
- Respiration bouche ouverte o oui o non
- Transpire o un peu o beaucoup o énormément (pyjama ou draps à changer)
- Ronfle o jamais o pas souvent o souvent o tous les jours
- Ronflements
 - légers (entendus dans sa chambre) o
 - bruyants (entendus dans la chambre d'à côté) o
 - très bruyants (entendus d'une pièce plus loin) o
- Pauses respiratoires notées o oui o non
- Réveils difficiles o oui o non