



CENTRE DU SOMMEIL

Santé | Prévention | Recherche

MERCI DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE • ADOLESCENT

Date : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Age : _____ Taille : _____ Poids : _____
Sexe : _____
Niveau scolaire ou universitaire : _____
Parents : mariés/concubins/pacsés divorcés/séparés
Nombre de frères : _____ Si oui, âge : _____
Nombre de sœurs : _____ Si oui, âge : _____

A. MA CHAMBRE

- J'ai une chambre seul(e)
 Je partage ma chambre avec frère et/ou sœur (âges : _____)

Dans ma chambre :

- J'ai une télé
 J'ai un ordinateur
 J'ai un téléphone portable allumé pendant la nuit

Nuisances nocturnes ou autres problèmes (bruit, lumière, odeurs...) :

B. MON SOMMEIL

1. Mes horaires de sommeil :

	COUCHER	LEVER
• En semaine	_____ h _____	_____ h _____
• Le week-end	_____ h _____	_____ h _____
• En vacances	_____ h _____	_____ h _____

2. Je m'endors en : moins de 30 minutes plus de 30 minutes
3. Depuis : moins de 6 mois plus de 6 mois

4. Je fais des siestes régulièrement : oui non

5. *Si oui* durée moyenne : _____ minutes

6. Quand ? le week-end en semaine vers quelle heure ? _____

7. Mes siestes sont récupératrices : oui non

C. MON SOMMEIL

1. J'ai un trouble du sommeil : oui non

2. Je souffre de :

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> difficultés d'endormissement | depuis : |
| <input type="checkbox"/> réveil(s) en pleine nuit | depuis : |
| <input type="checkbox"/> réveil trop tôt | depuis : |
| <input type="checkbox"/> envie de dormir dans la journée | depuis : |
| <input type="checkbox"/> difficultés à me réveiller le matin | depuis : |
| <input type="checkbox"/> autres (soif, faim, pipi...), précisez | |

3. Je me réveille : spontanément autre (alarme, une personne me réveille...)

Mes autres problèmes :

4. Je souffre de :

- | | | | |
|--|----------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ronflement | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Sommeil agité | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Respiration irrégulière | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Respiration bruyante | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Respire par la bouche | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Asthme | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Pipi au lit | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Eczéma la nuit | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Grincement des dents | si oui, depuis | <input type="checkbox"/> moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> plus de 6 mois |

5. Le soir, j'ai des sensations d'agacement dans les jambes qui me gênent : oui non

6. Si oui, ces sensations sont :

- aggravées par le repos améliorées par les mouvements (marche, étirements)

7. J'ai parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque je me réveille : oui non

8. Lors d'une émotion (rire) je ressens parfois une chute brutale de la tête, d'un membre ou de tout mon corps, conduisant à des maladresses ou à des chutes : oui non

D. JE TESTE MA SOMNOLENCE

Voici quelques situations courantes, où tu dois évaluer le risque de t'assoupir.

Utilise l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

- Assis en train de lire

0 1 2 3

• En train de regarder la télévision	0	1	2	3
• Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion...)	0	1	2	3
• Passager d'un transport roulant sans arrêt pendant 1h	0	1	2	3
• Allongé l'après-midi lorsque les conditions le permettent	0	1	2	3
• Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
• En classe, le matin ou l'après-midi	0	1	2	3

E. MES HABITUDES

1. Qu'est-ce que je fais le soir et jusqu'à quelle heure ?

- Dîner de h à h
- TV de h à h
- Ordinateur de h à h
- Jeux vidéo de h à h
- Devoirs de h à h
- Lecture de h à h
- Sport (.....) de h à h
- Autre

2. Qu'est-ce que je fais lorsque je me réveille la nuit ?

3. Combien de temps nécessite le trajet jusqu'à l'école ? minutes

4. J'arrive à l'école : fatigué en forme

5. Ce que je consomme régulièrement :

- Café Thé
- Soda au cola / énergisante Tabac
- Cannabis Somnifères
- Alcool Autre, précisez :

F. MES MALADIES

1. Médicaux (asthme...) :

2. Chirurgicaux (opération des amygdales...) :

3. Traitements actuels :

4. Suivi psychologique : oui non
Si oui, pourquoi ?

G. MON HUMEUR

Durant les trois dernières semaines :

- Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment
- Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse
- Ce que je fais ne sert à rien

- Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir
- Je ne supporte pas grand-chose
- Je me sens découragé
- Je dors très mal

Lors d'une période de sommeil perturbé, j'ai :

- Pas d'énergie pour l'école, pour le travail
- Du mal à réfléchir
- Des troubles de concentration
- Des troubles de mémoire
- Une irritabilité
- Une diminution des capacités d'apprentissage

H. DURANT CE PREMIER TRIMESTRE, J'AI ÉTÉ CLASSÉ PARMİ :

- les premiers les moyens les derniers

I. AUTRE(S) INFORMATION(S) QUE TU JUGES IMPORTANTE(S) :
