

MERCI DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

Date :

Nom :

Prénom :

Age: ans Taille : Poids :

Sexe:

Niveau scolaire ou universitaire :

Parents : mariés/concubins/Pacsés divorcés/séparés

Nombre de frères (âge ?) : Nombre de sœurs (âge ?):

A- MA CHAMBRE

- J'ai une chambre seul(e)
- Je partage ma chambre
avec frère/ sœur (âges.....)

Dans ma chambre

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

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

.....
.....
.....

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 6mois plus de 6 mois

4- Je fais des siestes régulièrement oui non

5- Si oui Durée moyenne min

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 :

Difficultés d'endormissement depuis.....

- Réveil(s) en pleine nuit depuis.....
- Réveil trop tôt depuis.....
- Envie de dormir dans la journée depuis.....
- Difficultés à me réveiller le matin depuis.....
- Autre (soif, faim, pipi...), précisez.....

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

Mes autres problèmes

4- Je souffre de :

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

Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant 1 h 0 1 2 3

Allongé l'après-midi lorsque les circonstances 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

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

Je dine à ___H___

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

CE QUE JE CONSOMME REGULIEREMENT

- café thé
- soda au cola / énergisante tabac
- cannabis somnifères
- alcool Autre, préciser.....

G- MES MALADIES

1- Médicaux (ex asthme..) :.....

2- Chirurgicaux (ex opéré des amygdales..) :.....

3- Traitements actuels :

4- Suivi psychologique oui non

5- Si oui pourquoi?.....

H- 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 qui 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 perturbée, 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

J- DURANT CE PREMIER TRIMESTRE, J'AI ÉTÉ CLASSE PARMIS :

les premiers

les moyens

les derniers

AUTRE INFORMATION QUE TU JUGES IMPORTANTE

Merci de ta collaboration