



CENTRE DU SOMMEIL

Santé | Prévention | Recherche

NOM de l'enfant consultant:

FRERE

Prénom :

SOEUR

Date de naissance :

Poids = kg Taille = m

Date de la consultation :

IMC (ne pas remplir) :

Répondez comme suit : **oui** si la réponse **s'applique plutôt** ou **toujours** à votre enfant / **non** si la réponse **s'applique juste un peu** ou **pas du tout** à votre enfant / NSP si vous ne savez pas

Pendant son sommeil, votre enfant :

- Ronfle plus de la moitié du temps ? oui non NSP
- Ronfle tout le temps ? oui non NSP
- Ronfle bruyamment ? oui non NSP
- Respire fort ? oui non NSP
- Respire avec difficultés ? oui non NSP

Avez-vous déjà vu que votre enfant s'arrêtait de respirer pendant la nuit

Votre enfant :

- A-t-il tendance à respirer par la bouche pendant la journée ? oui non NSP
- A-t-il la bouche sèche en se réveillant le matin ? oui non NSP
- Fait-il pipi au lit quelquefois ? oui non NSP
- Est-il fatigué au réveil le matin ? oui non NSP
- Est-il somnolent dans la journée ? oui non NSP

Un enseignant et/ou un autre encadrant vous ont-ils fait la remarque

que votre enfant semble avoir sommeil dans la journée ? oui non NSP

Est-il difficile de réveiller votre enfant le matin ? oui non NSP

Votre enfant se réveille-t-il avec des maux de tête le matin ? oui non NSP

Depuis sa naissance, y a-t-il eu un moment où la croissance de votre enfant a été ralentie ? oui non NSP

Votre enfant est-il en surpoids ? oui non NSP

Souvent, votre enfant :

N'a pas l'air d'écouter quand on lui parle directement ? oui non NSP

A du mal à organiser tâches et activités ? oui non NSP

Est facilement distrait par tout ce qui se passe autour de lui ? oui non NSP

Agite nerveusement ses mains ou ses pieds ou se tortille sur son siège ? oui non NSP

Est constamment actif, est « comme un pile » ? oui non NSP

Interrompt ou s'immisce dans les discussions ou les jeux des autres oui non NSP