



Le Sommeil de mon enfant

Notre Médecin :

Date du questionnaire :

Mon enfant

Nom.....Prénom.....

Né(e) le.....à.....

Notre adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Tél. domicile.....Tél. portable.....

Email.....@.....



Pour en savoir plus, connectez-vous sur :
www.reseau-morphee.fr

Un forum est à votre disposition :
morphee.forumpro.fr

Pour nous contacter :
Réseau Morphée
2, Grande Rue
92380 Garches

Email : contact@reseau-morphee.org

Notre famille

Nom(s) des parents.....

Prénoms et âges des autres enfants.....

Profession du père.....de la mère.....

Situation familiale.....

Mode de garde.....Si scolarisé, classe.....

Activités extrascolaires.....

Les conditions de coucher

A sa propre chambre

Si partage de la chambre :

avec les parents partage du lit parental

avec frère/sœur

Le lit

berceau lit à barreaux lit

Nuisances nocturnes

bruit lumière TV/ordinateur

Les horaires du sommeil

En semaine :

Heure de coucher ___h___ Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

Week-end :

Heure de coucher ___h___ Heure de lever ___h___

En cas de siestes précisez les horaires :

Si plus de sieste, âge de l'arrêt des siestes :.....ans

Quantité de sommeil en moyenne / 24 heures ___h___

Parcours sommeil

Qui avez vous déjà consulté ? Que s'est il passé ?

Les antécédents

Médicaux *ex. prématurité, angines à répétition, reflux*

Chirurgicaux *ex. opéré des amygdales*

Traitements actuels (*médicaments, autres*)

Les habitudes autour du sommeil

Age auquel votre enfant a fait ses nuits :

.....mois/ ans jamais

Que faites-vous pour aider votre enfant à s'endormir ?

- Rien Je reste à ses côtés
 Je dors avec lui Je le berce / le promène
 Je l'allaite / donne un biberon Je lui donne une tétine
 Je lui donne un traitement *précisez*.....

.....
 Autre *précisez*.....

.....

Il s'endort en < 30 min 30 à 60 min > 60 min

Que faites-vous lors des éveils nocturnes ?

Le trouble du sommeil

- Il n'arrive pas à s'endormir
- Il se réveille en pleine nuit
- Il se réveille trop tôt
- Il crie sans se réveiller
- Son sommeil est décalé
- Il dort trop
- Autre problème :

Précisez :

Depuis le (date):.....

Comment décririez-vous le problème ? *Que se passe-t-il, combien de fois par semaine et par nuit...*

Les conséquences du trouble du sommeil

Pendant la journée l'enfant est

fatigué/somnolent

énervé/agité

Rencontre-t-il des difficultés scolaires ?

Précisez :

Existe-t-il un retentissement sur le sommeil de votre famille ?

Précisez :

Les autres problèmes

Existe-t-il pendant son sommeil ?

- Un ronflement
- Des cauchemars en début de nuit
- Du somnambulisme
- Des cauchemars en fin de nuit
- Une respiration bruyante
- Une respiration irrégulière
- Des régurgitations
- Parle pendant son sommeil
- Une respiration par la bouche
- Crie pendant son sommeil
- Un asthme
- Un eczéma
- Un sommeil agité
- Une épilepsie
- Des sueurs nocturnes
- Des grincements des dents
- Des pipis au lit
- Autres :

L'alimentation

Bébé : Mon enfant est alimenté au sein biberons mixte

Tétées/biberons ___ par jour Quantité par biberon ___ ml

Horaires : ___ h ___ h ___ h

 ___ h ___ h ___ h

Enfant : Heures des repas de votre enfant

Petit-déjeuner : ___ h Déjeuner : ___ h

Dîner : ___ h Autre collation (ex. goûter) : ___ h

Poids _____ Kg

Taille _____ cm