

Docteur Nicolas BECK

Oto-Rhino-Laryngologie - Chirurgie de la face et du cou

CONVENTIONNE Honoraires libres - Sur rendez vous

20 Avenue Du Drapeau

21000 DIJON

Tél : 03 80 33 95 90

Score de Spruyt Gozal

Merci de cocher pour tous les items suivants **sauf pour la question 5** :

- 0 si la fréquence de l'événement est : « jamais »
  - 1 si la fréquence de l'événement est « rare » (1 nuit par semaine)
  - 2 si la fréquence de l'événement est « occasionnelle » (2 nuits par semaine)
  - 3 si la fréquence de l'événement est « fréquente » (3 à 4 nuits par semaine)
  - 4 si la fréquence de l'événement est : « quasi toujours » (plus de 4 nuits par semaine)
- (Ceci au cours des 6 derniers mois)

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Date du questionnaire : ...../...../.....

**Echelle de somnolence adaptée à l'enfant et à l'adolescent (ESEA)**

Enfants (à partir de 6 ans) et Adolescents

Il se peut que tu aies **envie de dormir** dans la journée. Si tu as envie de dormir **dans la journée**, dans une des situations suivantes, entoure le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens.

0 = JAMAIS ENVIE DE DORMIR	1 = PARFOIS ENVIE DE DORMIR	2 = SOUVENT ENVIE DE DORMIR	3 = TOUJOURS ENVIE DE DORMIR
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

**Situations :**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1) Assis au calme en lisant, dessinant ou en écrivant :                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2) En regardant la télévision :  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3) En jouant seul au jeu vidéo ou à l'ordinateur                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4) En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5) Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis plus d'une heure | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6) En classe le matin  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7) En classe après le repas de midi                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8) A la récréation   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9) Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10) Le matin au réveil   | 0 | 1 | 2 | 3 |

**TOTAL DES POINTS =** \_\_\_\_\_

1. Avez-vous déjà été obligé de secouer votre enfant dans son sommeil pour qu'il se remette à respirer ?

0  1  2  3  4

2. Est-ce que votre enfant s'arrête de respirer pendant son sommeil ?

0  1  2  3  4

3. Est-ce que votre enfant a des difficultés pour respirer pendant son sommeil ?

0  1  2  3  4

4. Est-ce que la respiration de votre enfant pendant son sommeil a déjà été un motif d'inquiétude pour vous ?

0  1  2  3  4

5.\*Quelle est l'intensité du bruit de son ronflement ?

0  1  2  3  4

\*La question 5 utilise les valeurs suivantes :

- 0: légèrement perceptible ou faible

- 1: modérément fort

- 2: fort

- 3: très fort

- 4: extrêmement fort.

6. A quelle fréquence votre enfant ronfle-t-il ?

0  1  2  3  4

## Score PSQ

Pouvez-vous répondre à ces questions concernant votre enfant dans le mois précédent par oui, non, ne sait pas ? :

1. Quand il est endormi est ce que votre enfant :

- Ronfle plus de la moitié du temps ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Ronfle toujours ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Ronfle fort ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A une respiration bruyante ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A des difficultés pour respirer, ou lutte pour respirer ?  
 Oui  Non  Ne sait pas

2. Est-ce que vous avez vu votre enfant s'arrêter de respirer dans la nuit ?

- Oui  Non  Ne sait pas

3. Est-ce que votre enfant

- A tendance à respirer par la bouche dans la journée ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A une bouche sèche quand il se réveille le matin ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A parfois des épisodes d'énurésie ?  
 Oui  Non  Ne sait pas

4. Est-ce que votre enfant

- Se réveille fatigué le matin ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A des problèmes de somnolence dans la journée ?  
 Oui  Non  Ne sait pas

5. Est-ce qu'un enseignant ou un surveillant vous a dit que votre enfant semblait endormi dans la journée ?

- Oui  Non  Ne sait pas

6. Est-il difficile de réveiller votre enfant le matin ?

- Oui  Non  Ne sait pas

7. Est-ce que votre enfant se réveille le matin avec des céphalées ?

- Oui  Non  Ne sait pas

8. Est-ce que votre enfant a cessé de grandir régulièrement à n'importe quel moment depuis la naissance ?

- Oui  Non  Ne sait pas

9. Est-ce que votre enfant est en surpoids ?

- Oui  Non  Ne sait pas

10. Est-ce que votre enfant souvent :

- Ne semble pas écouter quand vous vous adressez à lui directement ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- A des difficultés pour organiser des tâches et des activités ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Est facilement distrait pas des stimuli extérieurs ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Agite ses mains et ses pieds lorsqu'il est assis ou ne peut pas rester en place ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Est agité ou agit comme s'il était « comme une pile » ?  
 Oui  Non  Ne sait pas
- Interrompt et s'introduit dans les activités des autres enfants ?  
 Oui  Non  Ne sait pas