

Dottore: _____

Nome del bambino: _____ Età: _____ Data: _____

Compilato da: _____ Rapporto di parentela: _____

Questionario per i disturbi respiratori nel sonno dei bambini

Earl O. Bergersen, DDS, MSD

La colonna INIZIALE deve essere compilata al primo appuntamento, la colonna FOLLOW UP dopo 3 mesi di trattamento. Identificare i seguenti sintomi nel bambino e la relativa gravità secondo la scala di valori.

0 – Non Presente 1 – 2 Lieve 3 Moderato 4 - 5 Pronunciato

Il tuo bambino:

	INIZIALE	FOLLOW UP			INIZIALE	FOLLOW UP	
1.	_____	_____	Russa?	14.	_____	_____	Parla nel sonno
2.	_____	_____	Russa saltuariamente (1 notte a settimana)	15.	_____	_____	Non va bene a scuola
3.	_____	_____	Russa piuttosto spesso (2-4 notti a settimana)	16.	_____	_____	Si addormenta guardando la TV
4.	_____	_____	Russa abitualmente (5-7 notti a settimana)	17.	_____	_____	Si sveglia di notte
5.	_____	_____	Respira durante il sonno in maniera affannosa, difficile, rumorosa	18.	_____	_____	Presenta un deficit dell'attenzione
6.	_____	_____	Ha un russamento interrotto da un'apnea di 4 o più secondi	19.	_____	_____	Ha un sonno agitato
7.	_____	_____	Va in apnea più di due volte all'ora	20.	_____	_____	Digrigna i denti
8.	_____	_____	Di giorno è iperattivo	21.	_____	_____	Ha faringiti/tonsilliti ricorrenti
9.	_____	_____	Di giorno respira con la bocca	22.	_____	_____	Presenta sonnolenza/irritabilità durante il giorno
10.	_____	_____	Di notte respira con la bocca	23.	_____	_____	Non riesce ad ascoltare ed interrompe spesso
11.	_____	_____	Ha frequenti mal di testa mattutini	24.	_____	_____	Agita le mani e non riesce a stare tranquillo
12.	_____	_____	E' allergico	25.	_____	_____	Talvolta bagna il letto
13.	_____	_____	Presenta un'eccessiva sudorazione nel sonno	26.	_____	_____	Presenta un colore bluastro di notte o di giorno
				27.	_____	_____	Problemi di linguaggio *

*Se si, compilare il questionario per la valutazione del linguaggio

Ragione per cui ci si è recati dal dentista (sonno o problematiche dentali): _____

Basato su Sahin et al, 2009; e Urschitz et al, 2004; AM Thoracic Soc Stand, 1996; Attanasio et al, 2010

Questionario per la valutazione del linguaggio

Da compilare solo in caso di risposta positiva al punto 27 sopra

Valuti tutto ciò che si applica al suo bambino:

	INIZIALE	FOLLOW UP			INIZIALE	FOLLOW UP	
28.	_____	_____	E' difficile comprendere il linguaggio del suo bambino	33.	_____	_____	Diventa frustrato quando gli altri non lo comprendono?
29.	_____	_____	Difficile capirlo al telefono?	34.	_____	_____	Talvolta omette delle consonanti
30.	_____	_____	Linguaggio nasale?	35.	_____	_____	Usa i suoni M, N, MG invece di P, F, V, S, Z
31.	_____	_____	Il linguaggio sembra anomalo?	36.	_____	_____	Raucedine
32.	_____	_____	Gli altri hanno difficoltà a comprendere il linguaggio?	37.	_____	_____	Blesità (pronuncia con la "zeppola")
				38.	_____	_____	Ha fatto logopedia?

Se si, per quanto tempo? _____