

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 blastro 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? \_\_\_\_\_