



Questionario sul sonno in età pediatrica

per valutare la presenza di disturbi del sonno e il rischio di OSAS (Apnee notturne) del tuo bambino

Rispondi a queste domande riguardando le abitudini del tuo bambino durante il sonno o la veglia. Le domande si riferiscono alle abitudini che ha avuto il tuo bambino durante l'ultimo mese. Segna la risposta corretta rispondendo con SI, NO, Non So (NS)

1. Mentre dorme, il tuo bambino:

Russa più di metà della notte?	SI	NO	NS
Russa sempre?	SI	NO	NS
Russa forte?	SI	NO	NS
Ha un respiro pesante o rumoroso?	SI	NO	NS
Ha un respiro difficoltoso o fatica a respirare?	SI	NO	NS

2. Hai mai visto il tuo bambino fare delle pause respiratorie durante la notte? SI NO NS

3. Il tuo bambino:

Tende a respirare a bocca aperta durante il giorno?	SI	NO	NS
Al mattino, quando si sveglia, ha la bocca secca?	SI	NO	NS
Occasionalmente bagna il letto e/o il cuscino?	SI	NO	NS

4. Il tuo bambino:

Si sveglia poco riposato al mattino?	SI	NO	NS
Ha problemi di sonnolenza durante il giorno?	SI	NO	NS

5. Gli insegnanti ti hanno fatto notare che il tuo bambino appare assennato durante il giorno? SI NO NS

6. E' difficile svegliare il tuo bambino al mattino? SI NO NS

7. Il tuo bambino si sveglia con il mal di testa al mattino? SI NO NS

8. Ha smesso di crescere regolarmente in un certo periodo della sua vita? SI NO NS

9. Il tuo bambino è in sovrappeso? SI NO NS

10. Il tuo bambino spesso:

Non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente?	SI	NO	NS
Ha difficoltà ad organizzare compiti e attività?	SI	NO	NS
E' facilmente distratto da stimoli esterni?	SI	NO	NS
Si agita con le mani o con i piedi o appare irrequieto quando sta seduto?	SI	NO	NS
E' sempre in movimento o agisce come se fosse ipercinetico?	SI	NO	NS
Interrompe o si intromette fra gli altri (si inserisce in conversazioni o giochi)? ..	SI	NO	NS

Nome e Cognome del bambino _____

Persona intervistata _____ Data _____