

QUESTIONNAIRE DÉPISTAGE

Exemplaire à remettre au patient et à adresser à l'URPS MK NA dans le cadre du programme ISIDORT par mail : isidort-urps@na.mssante.fr

L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° sécurité sociale : Date de naissance : Genre : F M

Date du dépistage :

LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DÉPISTEUR

Nom : Prénom :

Profession : Coordonnées :

MOTIF PRINCIPAL DU DÉPISTAGE *(plusieurs choix possibles)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ronflement / respiration forte | <input type="checkbox"/> Énurésie |
| <input type="checkbox"/> Ventilation buccale | <input type="checkbox"/> Sommeil agité |
| <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes / parasomnies | <input type="checkbox"/> Transpiration nocturne |
| <input type="checkbox"/> Position de sommeil tête en extension | |
-
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réveils difficiles | <input type="checkbox"/> Tendance hyper-active / agitation motrice / isolement social |
| <input type="checkbox"/> Céphalées matinales | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration / trouble de l'attention / trouble de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> Pâleur / cernes | <input type="checkbox"/> Impulsivité / agressivité / labilité émotionnelle |
-
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertrophie amygdalienne obstructive chronique |
| <input type="checkbox"/> Dymorphose maxillo-mandibulaire / long face syndrom / dysfonction linguale |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la croissance staturo-pondérale |

FACTEURS DE RISQUE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ATCD familial de SAHOS | <input type="checkbox"/> Otite sérumuqueuse (OSM) et otite moyenne aiguë (OMA) |
| <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Rhinite récurrente / chronique |
| <input type="checkbox"/> Tabagisme environnant | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Naissance prématurée | <input type="checkbox"/> Allergies respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Reflux Gastro Œsophagien (RGO) | <input type="checkbox"/> Déviation cloison nasale et/ou obstruction des voies nasales |
| <input type="checkbox"/> Angine à répétition | |

ORIENTATION DU PATIENT VERS

Nom :

Prénom :

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Autre : |

