

Docteur : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Nom du patient : _____

Age: _____

Relation au patient : _____

Nom du Pédiatre: _____

Questionnaire pour les enfants sur les Troubles Respiratoires du Sommeil

Earl O. Bergersen, DDS, MSD

Date premier rendez-vous : _____

Date rendez-vous de suivi _____

Rempli par : _____

Rempli par : _____

La colonne "Initial" doit être remplie lors du premier rendez-vous et la colonne "Suivi" doit être remplie après 3 mois de traitement. Merci d'identifier les symptômes présents chez votre enfant selon l'échelle de gravité ci-dessous :

0 - absent 1 Très léger 2 Léger 3 - Modéré 4 - Prononcé 5 - Sévère

Est-ce que votre enfant :

Initial	Suivi	Initial	Suivi
1	_____	16	_____
2	_____	17	_____
3	_____	18	_____
4	_____	19	_____
5	_____	20	_____
6	_____	21	_____
7	_____	22	_____
8	_____	23	_____
9	_____	24	_____
10	_____	25	_____
11	_____	26	_____
12	_____	27	_____
13	_____	28	_____
14	_____	29	_____
15	_____	30	_____
		31	_____
		32	_____

- Maths Écriture Lecture
 Orthographe Sciences Comportement

* Cocher la case correspondante si symptôme présent

**Si oui, remplir le questionnaire élocution

Questionnaire Elocution

0 - absent 1 Très léger 2 Léger 3 - Modéré 4 - Prononcé 5 - Sévère

Merci de renseigner ce qui concerne votre enfant :

Initial	Suivi	Initial	Suivi		
33	_____	Vous et autres ont-ils du mal à le comprendre	41	_____	S'essouffle en parlant fort
34	_____	Difficile à comprendre au téléphone	42	_____	A des difficultés à déglutir
35	_____	Crie et grogne plus qu'il ne parle	43	_____	Bégaiement
36	_____	Zézaye			Avec antécédents familiaux de bégaiement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
37	_____	Enroué	44	_____	Syndrome Gilles de la Tourette
38	_____	Parle du nez	43	_____	Antécédents familiaux de problèmes d' élocution ?
39	_____	Frustré quand il essaye de parler	46	_____	Suit-il une thérapie orthophonique ? Depuis combien de temps ? _____
40	_____	Souvent n'utilise que des mots de une ou deux syllabes			