

# 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](mailto: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 : .....                  |

