

## Questionario per bambini

### Screening per soggetti in età pediatrica

Nome del bambino: \_\_\_\_\_

Persona intervistata: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Si prega di rispondere alle seguenti domande riguardanti 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**).*

	SI	NO	NS
<b>1. Mentre dorme, il tuo bambino</b>			
Russa più della metà del tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russa sempre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russa forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha un respiro pesante o rumoroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a respirare o si sforza a respirare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Hai mai visto il tuo bambino fare delle pause respiratorie durante la notte?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Il tuo bambino</b>			
Tende a respirare con la bocca aperta durante il giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al mattino, quando si sveglia, ha la bocca secca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occasionalmente bagna il letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Il tuo bambino</b>			
Si sveglia sentendosi poco riposato al mattino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi di sonnolenza durante il giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Gli insegnanti hanno fatto notare che il tuo bambino appare assennato durante il giorno?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. È difficile svegliare il tuo bambino al mattino?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Il tuo bambino si sveglia col mal di testa al mattino?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Ha smesso di crescere regolarmente in un certo periodo della sua vita?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Il tuo bambino è in sovrappeso?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Il tuo bambino spesso:</b>			
Non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha difficoltà ad organizzare compiti e attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È facilmente distratto da stimoli esterni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si agita con le mani o con i piedi o appare irrequieto quando sta seduto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È sempre in movimento o agisce come se fosse ipercinetico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrompe o si intromette fra gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(si inserisce dentro conversazioni o giochi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Operatore