

Questionnaire d'évaluation Saturométrie nocturne

N° dossier: _____

Date: _____

Nom: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____ Sexe: _____

Poids: _____ kg lbs Taille: _____ cm po

Raison(s) principale(s) pour avoir consulté le médecin :

Symptôme(s) observé(s)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronflements | <input type="checkbox"/> Éveils fréquents la nuit |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer par le nez le jour | <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer par le nez la nuit |
| <input type="checkbox"/> Infections fréquentes des amygdales | <input type="checkbox"/> Fatigue importante pendant la journée |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête le matin | <input type="checkbox"/> TDAH |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) problème(s) de santé: | |
- _____

Médication (s) prise(s) par l'enfant de façon régulière

Nom	Concentration	Moment de la prise de la médication

→ Section à compléter au matin suivant la nuit du test

1- À quelle heure l'enfant s'est-il couché ? _____

2- À quelle heure l'enfant s'est-il endormi ? _____

3- L'enfant s'est-il réveillé pendant la nuit ? Oui Non

Si oui, combien de fois selon vous ? _____

Si oui, inscrire les heures approximatives _____

4- Est-ce que l'enfant a ronflé ? Oui Non

5- À quelle heure l'enfant s'est-il réveillé ce matin ? _____

6- Cette nuit est-elle représentative des nuits habituelles ? Oui Non

Autres informations pertinentes :

 **En l'absence des questionnaires complétés, l'interprétation de vos résultats ne pourra être réalisée.
Retourner par courriel à bironsommeil@biron.com ou déposer les documents avec le retour de l'équipement.**