

Questionnaire de repérage des TROS et du SAHOS chez l'enfant au cabinet dentaire

Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS) et Syndrome
d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS)

*A remettre aux parents et à destination du médecin ORL, du médecin traitant, du pédiatre ou de l'orthodontiste
selon le contexte clinique*

Informations générales

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Date du dépistage :

Motif principal du dépistage

Interrogatoire patient

Pendant le sommeil

Ronflements fréquents (> 3 nuits/semaine)
Ronflements présents depuis + de 3 mois
Respiration forte ou bruyante
Respiration par la bouche
Arrêts respiratoires observés
Réveils nocturnes fréquents
Sommeil agité
Transpiration nocturne
Position de sommeil tête en extension
Énurésie nocturne
Besoin de stimuler ou réveiller l'enfant
pour qu'il reprenne sa respiration

Pendant la journée

Réveils difficiles
Fatigue inhabituelle
Somnolence diurne
Céphalées matinales
Pâleur ou cernes
Respiration buccale
Difficultés de concentration / Troubles
de l'attention/Troubles de la mémoire
Hyperactivité
Irritabilité
Impulsivité
Troubles du comportement
Difficultés scolaires

Facteurs de risque

ATCD familial de TROS ou de SAHOS
Obésité
Tabagisme environnant
Naissance prématurée
Reflux Gastro Œsophagien (RGO)
Angine à répétition
Otitite sérumqueuse (OSM)
et otite moyenne aiguë (OMA)

Rhinite récurrente / chronique
Asthme
Allergies respiratoires
Déviation cloison nasale et/ou obstruction
des voies nasales
Pathologie(s) chronique(s) connue(s)
Précisez :
.....

Observations cliniques

Hypertrophie amygdalienne obstructive chronique
Dysmorphose maxillo-mandibulaire / long face syndrom / dysfonction linguale
Respiration buccale
Autre anomalie ou observation clinique évocatrice

Remarques ou autres informations

.....
.....
.....

Orientation du patient vers

ORL

Médecin traitant - Pédiatre

Orthodontiste

Autre :

Date :

Signature(s) :

