



# Questionnaire de dépistage du SAHOS chez l'enfant au cabinet dentaire

(Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil)

A remettre au patient, à destination du médecin traitant ou du pédiatre

## Informations générales

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Date du dépistage : .....

## Motif principal du dépistage

### Interrogatoire patient

Ronflement / respiration forte  
Ventilation buccale  
Réveils nocturnes  
Position de sommeil tête en extension  
Énurésie  
Sommeil agité  
Transpiration nocturne  
Réveils difficiles

Céphalées matinales  
Pâleur / cernes  
Tendance hyper-active / agitation motrice / isolement social  
Trouble de concentration / trouble de l'attention / trouble de la mémoire  
Impulsivité / agressivité / labilité émotionnelle

### Facteurs de risque

ATCD familial de SAHOS  
Obésité  
Tabagisme environnant  
Naissance prématurée  
Reflux Gastro Œsophagien (RGO)  
Angine à répétition  
Otite séromuqueuse (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

### Remarques ou autres informations

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

## Orientation du patient vers

Médecin traitant

Orthodontiste

Autre : .....

Date : .....

Signature(s) :

