

# PROBLÈMES ORL

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Votre enfant a-t-il des :

- difficultés à respirer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- rhumes fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- otites fréquentes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- angines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- rhinopharyngites	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant a-t-il subi l'ablation des :

- Amygdales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Végétations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant présente t'il les signes suivants :

- bouche ouverte dans la journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- succion de son pouce, des doigts, d'une sucette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- succion de sa lèvre inférieure	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- dort la bouche ouverte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- ronflements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- cernes sous les yeux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- transpiration nocturne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- réveil difficile le matin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- mictions nocturnes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- énurésie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- lèvres gercées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- cauchemars fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- somnambulisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- somniloquie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- tâches de salive sur l'oreiller	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- réveils nocturnes fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- apnées du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant met-il la langue en avant lorsqu'il parle ou déglutit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est- il hyperactif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il des problèmes de concentration à l'école	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non