

מרכז רפואי "סורוקה"
אוניברסיטת בן גוריון בנגב
היחידה לחקר ואבחון הפרעות בשינה

1

שאלון בדיקת שינה לילדים

הרופא המטפל _____	מרפאה _____
הרופא המפנה _____	מרפאה _____
כתובת למשלוח תשובות: שם הרופא _____	מרפאה _____

תאריך מילוי השאלון _____	כתובת _____
שם ממלא הפרטים _____	עיר/יישוב _____
הקרבה לילד _____	טלפון _____
שם משפחה _____	תאריך לידה של הילד _____
שם הילד _____	גיל הילד _____
מס' ת.ז. _____	ארץ לידה _____
	שנת עליה _____
מקצוע האב _____	מקצוע האם _____
טלפון בעבודתו _____	טלפון בעבודתה _____

נא למדוד במרפאה: 1. גובה _____ ס"מ	2. משקל _____ ק"ג
------------------------------------	-------------------

אנא סמן X במשבצת המתאימה:

1. מין: זכר נקבה
2. מהי הסיבה לבואכם היום למעבדה?

3. ציין לאיזו עדה אתם משתייכים (מספר בעיות שינה אופייניות לעדות מסוימות):
 צפון אפריקה תימן מזרח אירופה אתיופיה בדואי אחר: _____
4. האם עבר ניתוח להסרת שקדים? כן לא אינני בטוח
5. האם עבר ניתוח להסרת הפוליפים? כן לא אינני בטוח
6. האם אובחנו בעבר המחלות או הבעיות הרפואיות הבאות (סמן ופרט בקצרה):
 1. לא
 2. בעיות בהתפתחות או פיגור שכלי _____
 3. בעיות גנטיות _____
 4. מוח/ מערכת העצבים _____
 5. לב _____
 6. ריאות _____
 7. אחרות _____

7. כאשר הוא ער האם בנכם נושם כשפיו פתוח?

- כן, כמעט כל הזמן כן, $\frac{1}{4}$ מן הזמן
 כן $\frac{3}{4}$ מן הזמן כן לפעמים
 כן $\frac{1}{2}$ מן הזמן אף פעם לא
 אינני בטוח

בשאלות הבאות נא תארי את השינה האופיינית שלו (בשבוע אופייני בזמן שאינו סובל מהצטננות).

8. כמה מלילות השבוע הוא ישן בחדרכם? 1 2 3 4 5 6 7 לילות אינני בטוח
9. האם נוחר בשנתו? כן לא אינני בטוח

אם ענית בשלילה על השאלה האחרונה עבור לשאלה מס' 14.

10. בכמה מהלילות הוא נוחר? 1 2 3 4 5 6 7 לילות אינני בטוח

11. באיזו עוצמה?

- חלשה (בעוצמה של לחישה) חזקה (ניתן לשמיעה מחוץ לחדר)
 בינונית (בעוצמה של דיבור של ילד) חזקה ביותר (ניתן לשמיעה במרחק של יותר מחדר אחד)

12. כמה זמן מן הלילה הוא נוחר?

- מספר דקות בערך $\frac{3}{4}$ מן הלילה
 בערך $\frac{1}{4}$ מן הלילה כמעט כל הלילה
 בערך $\frac{1}{2}$ מן הלילה אינני בטוח

13. במשך 3 החודשים האחרונים, כמה פעמים הבחנת כי נשימתו פוסקת (הנחירות פסקו אך עדיין התאמץ לנשום)?

- מעולם לא הבחנתי בתופעה.
 הבחנתי בתופעה _____ פעמים במהלך 3 החודשים האחרונים.

14. בכמה מן הלילות אתה מבחין בקשיים בנשימה - משקיע מאמץ ניכר בנשימה?

- לעיתים נדירות 1 2 3 4 5 6 7 אינני בטוח

אנא פרט:

15. כמה פעמים בלילה הוא מתעורר?

- מספר ההתעוררויות בלילה _____ אינני בטוח

16. בכמה מלילות השבוע ישן בחוסר מנוחה?

- לעיתים נדירות 1 2 3 4 5 6 7 אינני בטוח

17. בכמה לילות במהלך השבוע הוא מזיע בשנתו?

- לעיתים נדירות 1 2 3 4 5 6 7 אינני בטוח

18. בכמה לילות במהלך השבוע מופיעים סיוטים?

- לעיתים נדירות 1 2 3 4 5 6 7 אינני בטוח

19. כמה שעות ישן בלילה? _____ שעות.
20. כמה שעות ישן במשך היום? _____ שעות.
21. מהי תנוחת השינה המועדפת? בטן גב צד אחר _____
22. האם עייף או ישנוני במשך היום? כן לא
23. עד כמה אתה מודאג מבעיות השינה הללו?
 אינני מודאג כלל מאוד מודאג (משהו חייב להיעשות)
 מודאג מעט אני סבור שחיי ילדי עלולים להיות בסכנה
 די מודאג (מספיק בכדי שאפנה לרופא)
24. כמה פעמים פנית לרופא בשל נחירות או קשיי נשימה כלשהם במהלך שנתו? _____ פעמים

האם אתה מבחין אצל ילדך בתופעות הבאות:

25. ביישנות קיצונית, בעייה חברתית כן לא
26. תוקפנות כן לא
27. היפראקטיוויות כן לא
28. בעיות משמעת כן לא
29. התנהגות יוצאת דופן כן לא
 אם כן אנא פרט: _____


האם אובחנו התופעות הבאות:

30. פיגור בהתפתחות כן לא
31. בעיות בדיבור כן לא
32. הישגים נמוכים בלימודים כן לא לא בגיל בי"ס
33. בי"ס, כתה מיוחדת כן לא לא בגיל בי"ס

האם הופיעו אצל ילדך הבעיות הבריאותיות הבאות:

34. מגושמות או חוסר קוארדינציה כן לא
35. חוסר תאבון כן לא
36. כאבי ראש תכופים בבוקר כן לא אינני בטוח
37. גדילה נמוכה (גובה ומשקל) כן לא
38. הקאות/בחילות תכופות כן לא
39. קשיים בבליעה כן לא
40. נזלת כרונית כן לא
41. דלקות אוזניים חוזרות כן לא
42. בעיות שמיעה כן לא
43. דלקות חוזרות בדרכי הנשימה העליונות כן לא
45. דלקות ריאה חוזרות כן לא
46. הרטבה לילית כן לא
47. אם כן, האם כבר היתה תקופה של יובש כן, מגיל _____ עד גיל _____ לא


48. בכל יום כמה סיגריות מעשנים בביתכם?

- לא מעשנים בביתנו 
- עייי האם: _____
- עייי האב: _____
- עייי אחרים: _____


49. האם אובחנה אצלו אסטמה? כן לא

50. האם סובל מאלרגיה? כן לא
אם כן למה? _____

51. האם יש עוד דבר חריג בדבר הנשימה או השינה של ילדכם?

_____ 

52. האם לילדכם בעיות רפואיות אחרות? כן לא

אם כן פרט: _____ 

53. האם ילדכם מקבל תרופות כלשהן במשך החודש האחרון? כן לא
אם כן פרט: _____

שם התרופה: _____ מינון: _____

שם התרופה: _____ מינון: _____

שם התרופה: _____ מינון: _____

54. האם במשפחה הקרובה יש או היו הבעיות הרפואיות הבאות:

- קשיי נשימה אב אם אחים
- הוצאת שקדים אב אם אחים
- הוצאת פוליפים אב אם אחים
- מוות בעריסה אחים
- הפסקת נשימה בשינה אחים

אם כן פרט: _____



55. האם התאשפז אי פעם בבית-חולים? כן לא

אם כן, פרט: גיל _____ סיבת האשפוז _____

גיל _____ סיבת האשפוז _____

גיל _____ סיבת האשפוז _____