

Protokoll für respiratorische Polygraphie zu Hause

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Instruktion durch: _____ Datum: _____

Daten-Download durch: _____ Datum: _____

WICHTIG:

- Ab 21:30 Uhr bis morgens 6 Uhr KEINE Bluetooth-Geräte (z.B. Smartphones) im Zimmer des Kindes

- In der Nacht alle 2 Stunden Kontrolle der Ableitungen am Kind:

1. Nasenbrille: Falls verrutscht -> richtig platzieren!

2. Rotes Licht an SO₂-Sensor muss an sein

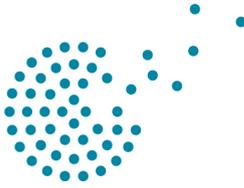
Falls keine Messung über längeren Zeitraum, muss die Messung wiederholt werden!

Ereignisse und Kommentare (siehe Legende unten):

Zeit	Eintrag
21:00 h	_____
21:30 h	_____
22:00 h	_____
22:30 h	_____
23:00 h	_____
23:30 h	_____
00:00 h	_____
00:30 h	_____
01:00 h	_____
01:30 h	_____
02:00 h	_____
02:30 h	_____
03:00 h	_____
03:30 h	_____
04:00 h	_____
04:30 h	_____
05:00 h	_____
05:30 h	_____
06:00 h	_____
06:30 h	_____
07:00 h	_____
07:30 h	_____

Mahlzeit: **M** Schreien: **⚡** Fehlfunktion Gerät
Wach: **W** Reflux: **R** (z.B. keine Anzeig **X**)
Nicht im Bett: **A** Manipulation: **★** (+Problembeschreibung)

Bitte füllen Sie den Fragebogen auf der Rückseite aus. Vielen Dank!



KINDERÄRZTLICHER SCHLAF-FRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes während des Schlafes und des Wachseins. Die Fragen beziehen sich darauf, wie sich Ihr Kind gewöhnlich normalerweise im letzten Monat verhalten hat. Einige ungewöhnliche Nächte z.B. wegen einer akuten Krankheit sollen nicht berücksichtigt werden.

Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an.

Frage	Ja	Nein	weiss nicht
1. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Kind während des Schlafens...			
...mehr als die Hälfte der Zeit schnarcht?			
...immer schnarcht?			
...laut schnarcht?			
...schwer oder laut atmet?			
...Schwierigkeiten hat zu atmen oder nach Luft ringt?			
2. Haben Sie jemals gesehen, daß Ihr Kind in der Nacht aufhört zu atmen?			
3. Neigt Ihr Kind tagsüber dazu, durch den Mund zu atmen?			
4. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?			
5. Macht Ihr Kind gelegentlich ins Bett?			
6. Fühlt sich Ihr Kind nach dem Aufwachen am Morgen nicht erfrischt?			
7. Hat Ihr Kind ein Problem mit Schläfrigkeit am Tag?			
8. Hat ein Lehrer oder anderer Betreuer darauf hingewiesen, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig erscheint?			
9. Ist es schwierig, Ihr Kind morgens aufzuwecken?			
10. Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?			
11. Hat Ihr Kind zu irgendeiner Zeit seit der Geburt aufgehört normal zu wachsen?			
12. Ist Ihr Kind übergewichtig?			
13. Mein Kind...			
...scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird.			
...hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu bewältigen.			
...ist oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.			
...zappelt oft mit Händen und Füßen oder rutscht im Sitzen hin und her.			
...ist ständig in Bewegung oder verhält sich wie von einem Motor angetrieben			
...unterbricht oder mischt sich oft bei anderen ein (z.B. platzt dazwischen bei Gesprächen oder Spielen)			