

Quels signes d'alerte ?



Bouche ouverte, Visage allongé
Cernes, Teint pâle, Petit nez fin



Ronflements



Difficultés de
concentration



Hyperactivité



Fatigue



Rhumes
fréquents

Quelles solutions dans votre M.S.P ?



Respiration nasale possible



- Prescription bilan kinésithérapeute spé. en rééduc oro-myo-faciale,
- Prescription bilan orthophoniste

- Bilan kiné /
- rééducation oro-myo-faciale,
- Réévaluation à 6 mois



Respiration nasale impossible :
Consultations spécialisées



 mssp34570@gmail.com

1	Identité du patient *
Nom & Prénom	
Date de naissance	
Adresse mail	
Nom du médecin traitant	

2	Identité du professionnel *
Nom & prénom	
Profession	

3	Votre enfant est-il agité ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

4	Votre enfant est-il fatigué ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

5	Votre enfant a-t-il la bouche ouverte ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

6	Votre enfant a-t-il les lèvres sèches ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

7	Votre enfant a-t-il des cernes ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

8	Votre enfant ronfle-t-il (+ de 3 nuits par semaines pendant + de 3 mois) ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

9	Votre enfant se réveille-il pendant la nuit ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

10	Votre enfant se plaint-il de douleurs dans le cou ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

11	Votre enfant a-t-il souvent le nez bouché ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

12	Votre enfant a-t-il souvent la tête en avant ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

13	Votre enfant a-t-il des difficultés de concentration repérées à l'école ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

14	Votre enfant a-t-il des difficultés de langage repérées à l'école ? *
<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Rarement
<input type="checkbox"/>	Souvent
<input type="checkbox"/>	Toujours

15

Vos remarques , suggestion ou commentaires *