

KINDERÄRZTLICHER SCHLAFFRAGEBOGEN
 Sleep-Disordered Breathing Subscale Version 1.0 GERMAN
 PSQ-SRBD-Subscale-DE: © Wiater/Sagheri 2009

Heutiges Datum: _____
Tag Monat Jahr

Name des Kindes: _____, _____
(Nachname) (Vorname)

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 und nicht unbedingt in den letzten Tagen, da diese nicht typisch sein müssen, falls es Ihrem Kind nicht gut ging.

- **Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an.**
- **"WN" bedeutet hierbei "Weiß nicht".**

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

Vielen Dank!

Berechnung:

Auszug aus:

Pediatric sleep questionnaire: prediction of sleep apnea and outcomes.

Chervin RD, Weatherly RA, Garetz SL, Ruzicka DL, Giordani BJ, Hodges EK, Dillon JE, Guire KE.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;133(3):216-22

SRBD SCALE OF THE PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

The SRBD scale contains 22 symptom items that ask about snoring frequency, loud snoring, observed apneas, difficulty breathing during sleep, daytime sleepiness, inattentive or hyperactive behavior, and other pediatric OSA features, each previously shown to correlate with polysomnographically confirmed OSA in referred children.

Responses are "yes"=1, "no"=0, and "don't know"=missing.

The mean response on non missing items is the score, which can vary from 0 to 1. Previous data suggest that a cutoff value of 0.33 would be most effective in identifying pediatric OSA.

Subscales within the SRBD scale include a 4-item sleepiness scale, a 4-item snoring scale, and a 6-item inattention/hyperactivity scale derived originally from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Formel zur Identifikation von möglichen Patienten mit OSA mit Hilfe der SRBD-Subscale:

Anzahl der „JA“ Antworten:

_____ =

=> Wert > 0,33: Verdacht auf OSA

=> Wert < 0,33: kein Verdacht auf OSA