

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Nome do respondente _____

Data: _____
de aplicação do questionário

	Nunca	Raramente (1 vez por semana)	Ocasionalmente (2 vezes por semana)	Frequentemente (3-4 vezes por semana)	Quase Sempre (mais de 4 vezes por semana)
O seu filho(a) para de respirar durante o sono?					
O seu filho(a) tem dificuldade para respirar durante o sono?					
Você alguma vez teve que sacudir seu filho(a) para fazê-lo voltar a respirar durante o sono?					
Com que frequência o seu filho(a) ronca?					
Você tem alguma preocupação sobre a respiração do seu filho(a) enquanto ele dorme?					
Quanto de alto é o ronco do seu filho(a)?	Baixo	Um pouco alto	Alto	Muito Alto	Extremamente Alto

Pires P.J.S., Mattiello R., Lumertz M.S., Morsch T.P., Fagundes S.C., Nunes M.L., Gozal D., Stein R.T.. Validation of the Brazilian version of the Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool Questionnaire. J Pediatr (Rio J). 2019;95(2):231-237.