


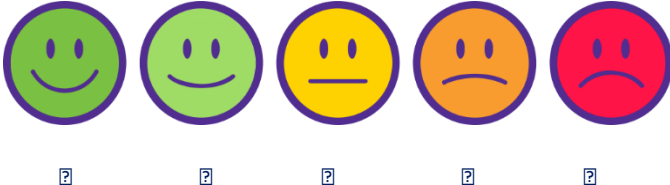
Instruções: Por favor, responda às perguntas (refletindo sobre o mês anterior) em casa antes de sua consulta com o profissional de saúde. Leva aproximadamente 10 minutos para completar o checklist. Existem três questões que podem ser respondidas pelo seu filho se ele / ela for capaz e estiver disposto a responder às questões (com a sua ajuda), mas isso não é obrigatório.

nunca= isso nunca acontece; raramente= isso raramente acontece, menos de uma vez por semana; às vezes= menos da metade da semana; frequentemente= mais da metade da semana; sempre= quase todo dia ou noite

Satisfação com o sono	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
1. Você está satisfeito com o sono de seu filho?						
Iniciar ou manter o sono	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
2. Seu filho leva mais de 30 minutos para adormecer?						
3. Seu filho acorda mais de 3 vezes por noite OU seu filho fica acordado por mais de 20 minutos durante a noite?						
4. Você acha que seu filho acorda muito cedo?						
Ronco e dor / desconforto na cama	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
5. Com que frequência seu filho ronca à noite?						
6. Você acha que seu filho sente dor ou desconforto na cama?						
Pesadelos	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
7. Com que frequência seu filho tem pesadelos?						
Fadiga	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
8. Seu filho parece muito cansado ou sonolento durante o dia?						
Medicamento para dormir	não	sim				
9. Seu filho usa medicamentos / comprimidos para dormir (por exemplo, melatonina)?		Meu filho usa: ..... (nome do medicamento) (dosagem) ..... mg (número) ..... Vezes por semana				
Pergunta relacionada ao sono de seu filho						
10. Você tem perguntas, comentários ou preocupações relacionadas ao sono de seu filho?						
Perguntas relacionadas ao seu próprio sono	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre	não sabe
1. Você está satisfeito com seu próprio sono?						
2. Você acha que tem falta de sono?						
3. Você tem perguntas, comentários ou preocupações relacionadas com as suas sono?						

<b>Atividade física: caminhar</b>	sim	não				
<b>1. Seu filho consegue andar (com ou sem dispositivo de apoio)?</b>						
<b>Atividade física: movimento</b>	<30 minutos por dia		30-60 minutos por dia		> 60 minutos por dia	
<b>2. Quantos minutos seu filho faz algo fisicamente ativo quando tem tempo livre?</b> <i>Você pode pensar em uma das seguintes atividades: Brincadeiras ativas, caminhar, brincar ao ar livre, correr, andar de bicicleta, nadar, dançar, andar a cavalo, praticar esportes (por exemplo, bocha, basquete em cadeira de rodas), ginástica (para crianças), brincar no chão, engatinhar, tocar uma cadeira de rodas.</i>						
<b>Diversão na atividade física</b>	sim	não	não sei			
<b>3. Seu filho gosta de ser fisicamente ativo? Ele / ela se diverte sendo ativo?</b>						
<b>Estimular a atividade física</b>	sim		às vezes, mas nem sempre		não	
<b>4. Você sabe como pode ajudar seu filho a ser fisicamente ativo?</b> <i>Exemplos em que você pode pensar:</i> - <u>jogando juntos</u> ; brincar ou passear no chão, brincar no playground, praticar esportes, passear com o cachorro, fazer compras, etc. -- <u>movendo-se independentemente</u> ; engatinhar, caminhar (com ou sem dispositivo auxiliar), andar de cadeira de rodas, andar de bicicleta, movimentar-se com andador / bicicleta triciclo etc. - <u>desafios físicos</u> ; Para as crianças que são <b>capazes de caminhar</b> , você pode pensar em: subir escadas independentemente, caminhar longas distâncias, brincar ao ar livre, etc. Para as crianças que são <b>não capazes de andar</b> , você pode pensar em: subir e sair da cadeira de rodas, atividades no chão / sofá, sentar-se sem apoio (sob supervisão) no sofá, brincar no chão, etc.			Gostaria de alguma ajuda / conselho nesta área ?  <input type="checkbox"/> Sim, por favor  <input type="checkbox"/> Não, obrigado			
<b>Tempo de tela (comportamento sedentário)</b>	<1 hora por dia		1-2 horas por dia		> 2 horas por dia	
<b>5. Quantos minutos por dia seu filho tem “tempo de tela” em seu tempo livre ? (por exemplo: TV, computador, videogame ou qualquer dispositivo móvel com telas visuais)</b>						
<b>Dor / fadiga</b>	nunca	raramente	às vezes	frequente mente	sempre	não sei
<b>6. Você acha que seu filho sente dor ou fadiga enquanto é fisicamente ativo?</b>						
<b>Questão relacionada à atividade física do seu filho</b>						
<b>7. Você tem dúvidas, comentários ou preocupações relacionadas à atividade física do seu filho?</b>						

Quando possível, peça ao seu filho para responder às seguintes perguntas (juntamente com a sua ajuda):

Sono	
1. Como você dorme à noite?	 <p>Five smiley faces are arranged horizontally. From left to right: a green face with a wide smile, a light green face with a slight smile, a yellow face with a neutral expression, an orange face with a slight frown, and a red face with a wide frown. Below each face is a small square box containing a question mark.</p>
Atividade física	
2. Você gosta de se mover?	 <p>Five smiley faces are arranged horizontally. From left to right: a green face with a wide smile, a light green face with a slight smile, a yellow face with a neutral expression, an orange face with a slight frown, and a red face with a wide frown. Below each face is a small square box containing a question mark.</p>
Comentários	
3. Algum (s) comentário (s) adicional (is) sobre seu próprio sono / atividade física?	