

Qüestionari d'Owens

Cognoms i nom del pacient

	Nunca	<1/mes	1-2/mes	1-2 semana o diario
Té el seu fill dolors de creixement?				
Es queixa de molèsties o sensacions rares a les cames (formigueig, crepitació, ...)?				
Sembla el seu fill inquiet mentre dorm?				
Li sembla el seu fill més inquiet, hiperactiu o nerviós que els altres nens de la seva edat?				
Quina mitjana de consum de begudes o menjars amb cafeïna (cafè, te, coles, xocolata, ...) consumeix el seu fill?				
Té el seu fill sensacions rares a les cames o alguna cosa semblant a dolor quan està assegut o estirat?				

	SI	NO	NO HO SAP
Sent millora amb el moviment (moure peus, dits o estirat?)			
Pensa que aquestes sensacions empitjoren a la nit?			
Té molt nerviosisme o moviment de peus o dits assegut o estirat?			
Té moviments de sacsejada en dits o cames o en tot el cos mentre dorm?			
Algú de la família (incloent avis i oncles) ha estat diagnosticat de cames inquietes o moviments periòdics de les cames?			
Ha estat el seu fill diagnosticat o tractat alguna vegada d'anèmia?			
Si és afirmatiu, especificar:			
Té algú de la família problemes per adormir-se o mantenir-se adormit?			
Qui?			
Quin problema?			