



Questionário de Berlim AVALIAÇÃO DO SONO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

1. Complete o seguinte:

Altura: _____ Idade: _____

Peso: _____ Masculino/Feminino: _____

seu peso mudou?

- Aumentou
- Diminuiu
- Permaneceu inalterado

2. Você ronca?

- Sim Não Não sei

Se roncar...

3. Seu ronco é...

- Ligeiramente mais alto que a respiração
- Tão alto quanto a fala
- Mais alto que a fala
- Muito alto

4. Com que frequência você ronca?

- Quase todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- 1-2 vezes por mês
- Nunca ou quase nunca

5. Seu ronco incomoda outras pessoas?

- Sim Não

6. Alguém já notou que você para de respirar durante o sono?

- Quase todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- 1-2 vezes por mês
- Nunca ou quase nunca

7. Você acorda cansado?

- Quase todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- 1-2 vezes por mês
- Nunca ou quase nunca

8. Você fica cansado no seu tempo desperto?

- Quase todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- 1-2 vezes por mês
- Nunca ou quase nunca

9. Você já cochilou ou dormiu enquanto dirigia?

- Sim Não Não sei

Se sim, com que frequência isso acontece?

- Quase todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- 1-2 vezes por mês
- Nunca ou quase nunca

10. Você tem a pressão sanguínea alta?

- Sim Não Não sei

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}} \times 703$$

CATEGORIA 1

CATEGORIA 2

CATEGORIA 3

Categoria 1. perguntas 2-6

Categoria 2. perguntas 7-9

Categoria 3. pergunta 10 e IMC

Alto Risco: 2 ou mais respostas positivas para alternativas destacadas.

Alto Risco: 2 ou mais respostas positivas para alternativas destacadas.

Alto Risco: Um **SIM** e/ou IMC > 30

RESULTADO FINAL. 2 ou mais categorias selecionadas indicam **alta probabilidade de apneia de sono.**