



# 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.**