

QUESTIONÁRIO CLÍNICO DE BERLIN

CATEGORIA 1

4. Você ronca?

- Sim
 Não
 Não sei

5. Seu ronco é:

- Pouco mais alto que sua respiração?
Mais alto do que falando?
Muito alto que pode ser ouvido nos quartos
próximos?

6. Com que frequência você ronca?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

7. O seu ronco incomoda alguém?

- Sim
 Não

8. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

CATEGORIA 2

1. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

2. Quando você está acordado você se sente cansado, fadigado ou não se sente bem?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

3. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?

- Sim
 Não

CATEGORIA 3

9. Você tem pressão alta?

- Sim
 Não
 Não sei

Pontuação das perguntas:

Qualquer resposta circulada é considerada positiva

Pontuação das categorias:

Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5

Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8

Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30

Resultado final: 2 ou mais categorias positivas indica alto risco para AOS