

QUESTIONÁRIO STOP BANG

Adapted from Chang et al. 108(5):768-75 (2012)

Eu tenho Apnéia do Sono?

Snoring

- Ronca alto (pode ser ouvido através da de portas fechadas)?

Tired

- Durante o dia sente-se frequentemente cansado ou sonolento?

Observed

- Alguém já reparou que para de respirar durante o sono?

Pressure

- Tem ou é medicado para pressão alta (hipertensão arterial)?

BMC

- Seu índice de massa corporal (IMC) é maior que 30kg/m² ?

$$BMC = IMC = \frac{\textit{peso em kg}}{\textit{altura em metros} \times \textit{altura em metros}}$$

Age

- Idade superior a 50 anos?

Neck

- Circunferência do pescoço maior que 40cm?

Gender

- Sexo masculino?

Se você marcou mais que 3 opções, procure um médico especialista em sono para verificar se você tem apnéia do sono