

QUESTIONÁRIO de BERLIN
Avaliação do sono em primeiros cuidados

Responda as perguntas abaixo assinalando a resposta correta.

1 – Complete abaixo:

Altura: _____

Idade: _____

Peso: _____

Masc/Fem: _____

CATEGORIA 1

2 – Você ronca?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

Se você ronca:

3 – Seu ronco é?

- a) Pouco mais alto que respirando
- b) Tão alto quanto falando
- c) Mais alto que falando
- d) Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos

4 – Com que frequência você ronca?

- a) Praticamente todos os dias
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

5 – O seu ronco alguma vez já incomodou alguém?

- a) Sim
- b) Não

6 – Alguém notou que você pára de respirar enquanto dorme?

- a) Praticamente todos os dias
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

CATEGORIA 2

7 – Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?

- a) Praticamente todo dia
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

8 – Quando você está acordado, você se sente cansado, fadigado ou não se sente bem?

- a) Praticamente todo dia
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

9 – Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?

- a) Sim
- b) Não

Se sim, quantas vezes isto ocorreu?

- c) Praticamente todo dia
- d) 3-4 vezes por semana
- e) 1-2 vezes por semana
- f) 1-2 vezes por mês
- g) Nunca ou praticamente nunca

CATEGORIA 3

10 – Você tem pressão alta?

- a) sim
- b) não
- c) não sei

11 – Calcule o seu IMC (Índice de Massa Corporal)

Para fazer o cálculo do IMC basta dividir seu peso em quilogramas pela altura ao quadrado (em metros), ($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura} \times \text{Altura (m)}$).

IMC: _____

PONTUAÇÃO:

CATEGORIA 1

- Questão 2: a) 1; b) 0; c) 0.
Questão 3: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1.
Questão 4: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 5: a) 1; b) 0.
Questão 6: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.

CATEGORIA 2

- Questão 7: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 8: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 9: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1; e) 0; f) 0; g) 0.

CATEGORIA 3

Questão 10: a) 1; b) 0; c) 0.

Questão 11: valor do IMC.

RESPOSTAS

CATEGORIA 1: É positiva se há a soma de 2 ou mais pontos nesta Categoria.

CATEGORIA 2: É positiva se há a soma de 2 ou mais pontos nesta Categoria.

CATEGORIA 3: É positiva se há a soma de 1 ponto e/ou IMC maior que 30.

RESULTADO FINAL: Duas ou mais categorias indica uma grande possibilidade de Distúrbios do Sono.

RISCO DE APNEIA

Um paciente é considerado como sendo de alto risco para apneia do sono, se 2 dos 3 seguintes critérios são observados:

1) Ronco com duas das seguintes características:

- Mais alto do que a fala
- Pelo menos 3 a 4 vezes por semana
- Reclamações de outros sobre o ronco
- Pausas respiratórias testemunhadas pelo menos 3 a 4 vezes por semana

2) Fadiga no início da manhã e durante o dia, mais de 3 a 4 vezes por semana ou adormecer ao volante;

3) Presença de hipertensão ou obesidade.