



Questionário de Berlim

AVALIAÇÃO DO SONO

Nome _____

Cidade, Estado e CEP _____

1. Complete o seguinte:

Altura _____ Idade _____

Peso _____ Masculino/Feminino _____

O seu peso mudou?

- Aumentou
- Diminui
- 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 freqüência 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 pára 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 freqüência isso ocorre?

- 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 sangüínea alta?

- Sim
- Não
- Não sei



Questionário de Berlim

AVALIAÇÃO DO SONO

Nome _____

Cidade, Estado e CEP _____

1. Complete o seguinte:

Altura _____ Idade _____

Peso _____ Masculino/Feminino _____

O seu peso mudou?

- Aumentou
- Diminui
- 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 freqüência 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 pára 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

Categoria 1, perguntas 2-6 **Alto Risco:** 2 ou mais respostas positivas para alternativas destacadadas em cinza

Categoria 2, perguntas 7-9 **Alto Risco:** 2 ou mais respostas positivas para alternativas destacadadas em cinza

Categoria 3, pergunta 10 **Alto Risco:** Um SIM e/ou IMC > 30

Resultado Final: 2 ou mais categorias selecionadas indicam **alta probabilidade de apneia do sono**

©Copyright Annals of Internal Medicine 1999. O Questionário de Berlim foi reproduzido com a permissão da American College of Physicians.

CATEGORY 2

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 deserto?

- 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 freqüência isso ocorre?

- 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 sangüínea alta?

- Sim
- Não
- Não sei

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

CATEGORY 3

Cópia do médico



Tabela do Índice de Massa Corporal

Altura (metros)	Peso (kilos)														
	54.43	58.96	63.50	68.03	72.57	77.11	81.64	86.18	90.71	95.25	99.79	104.3	108.8	113.4	
1.524	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	
1.574	22	24	26	27	29	31	33	35	37	38	40	42	44	46	
1.625	21	22	24	26	28	29	31	33	34	36	38	40	41	43	
1.676	19	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	40	
1.727	18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	34	35	37	38	
1.778	17	19	20	22	23	24	26	27	29	30	32	33	35	36	
1.828	16	18	19	20	22	23	24	26	27	29	30	31	33	34	
1.879	15	17	18	19	21	22	23	24	26	27	28	30	31	32	