



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO de BERLÍN - Responda las preguntas siguientes marcando la respuesta correcta.

1 · Complete abajo:

Altura: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Masc/Fem: \_\_\_\_\_

#### CATEGORÍA 1

¿2 · Usted ronca?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

Se usted ronca:

¿3 · Seu ronquido é?

- a) Pouco más alto que respirando
- b) Tão alto quanto hablando
- c) Mais alto que hablando
- d) Muito alto que puede ser ouvido en los habitaciones cercanas

¿4 · Com que frecuencia usted ronca?

- a) Prácticamente todos os días
- b) 3-4 veces por semana
- c) 1-2 veces por semana
- d) 1-2 veces por mes
- y) Nunca o praticamente nunca

¿5 · O seu ronquido alguma vez já molestó alguien?

- a) Sí
- b) No

¿6 · Alguém notó que usted para de respirar mientras duerme?

- a) Prácticamente todos os días
- b) 3-4 veces por semana
- c) 1-2 veces por semana
- d) 1-2 veces por mes
- y) Nunca o praticamente nunca



## CATEGORÍA 2

¿7 · ¿Cuántas veces usted se siente cansado o con fatiga después de despertar?

- a) Prácticamente todo día
- b) 3-4 veces por semana
- c) 1-2 veces por semana
- d) 1-2 veces por mes
- y) Nunca o prácticamente nunca

¿8 · Cuando usted está despierto, usted se siente cansado, fatigado o en el se siente bien?

- a) Prácticamente todo día
- b) 3-4 veces por semana
- c) 1-2 veces por semana
- d) 1-2 veces por mes
- y) Nunca o prácticamente nunca

¿9 · ¿Alguna vez usted cabeceó o se quedó en el sueño mientras conducía?

- a) Sí
- b) No

¿Se sí, cuántas veces esto ocurrió?

- c) Prácticamente todo día
- d) 3-4 veces por semana
- y) 1-2 veces por semana
- f) 1-2 veces por mes
- g) Nunca o prácticamente nunca

## CATEGORÍA 3

¿10 · ¿Usted tiene presión alta?

- a) sí
- b) en el
- c) en el sé

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

Para fazer o cálculo del IMC basta dividir seu peso em kilogramos por la altura ao quadrado (em metros), ( IMC = Peso

(kg) / Altura x Altura (m) ).

IMC: \_\_\_\_



PUNTUACIÓN:

CATEGORÍA 1

Pregunta 2: a) 1; b) 0; c) 0.

Pregunta 3: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1.

Pregunta 4: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; y) 0.

Pregunta 5: a) 1; b) 0.

Pregunta 6: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; y) 0.

CATEGORÍA 2

Pregunta 7: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; y) 0.

Pregunta 8: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; y) 0.

Pregunta 9: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1; y) 0; f) 0; g) 0.

CATEGORÍA 3

Pregunta 10: a) 1; b) 0; c) 0.

Pregunta 11: valor del IMC.

RESPUESTAS

CATEGORÍA 1: É positiva se há a suma de 2 o más puntos nesta Categoria.

CATEGORÍA 2: É positiva se há a suma de 2 o más puntos nesta Categoria.

CATEGORÍA 3: É positiva se há a suma de 1 ponto y/o IMC mayor que 30.

RESULTADO FINAL: Duas o más categorias indica una gran posibilidad de Trastornos del Sueño.

RIESGO DE APNEA

Um paciente é considerado como sendo de alto riesgo para apnea del sueño, se 2 de los 3 siguientes criterios são observados:

1) Ronquido com duas de las siguientes características:

- Mais alto del que a habla
- Por lo menos 3 a 4 veces por semana
- Reclamaciones de otros sobre o ronquido
- Pausas respiratorias presenciadas por el menos 3 a 4 veces por semana

2) Fadiga en el inicio de la mañana y durante o día, más de 3 a 4 veces por semana o quedarse dormido ao volante;

3) Presença de hipertensión o obesidad.

