



Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO de BERLIN - 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 para 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 = Peso

(kg) / Altura x 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.

