

Questionário de Berlim

Quadro 1 Questionário de Berlim RV+1,44 - 1,49²⁰ (B)

Categoria 1

1. Você ronca?

- Sim
 Não
 Não sei

2. Seu ronco é:

- Pouco mais alto que sua respiração?
Tão mais alto que sua respiração?
Mais alto do que falando?
Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos?

3. Com que frequência você ronca?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

4. O seu ronco incomoda alguém?

- Sim
 Não

5. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

Categoria 2

6. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

7. Quando vc está acordado você se sente cansado, fadigado ou não sente bem?

- Praticamente todos os dias
3-4 vezes por semana
1-2 vezes por semana
Nunca ou praticamente nunca

8. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?

- Sim
 Não

Categoria 3

9. Você tem pressão alta?

- Sim
 Não
 Não sei
IMC=

Pontuação das perguntas: Qualquer resposta circulada é considerada positiva.

Pontuação das categorias: Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5; Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8; Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30.

Resultado final: 2 ou mais categorias positivas indicam alto risco para AOS.

Fonte: Zancanella Eet al. Diretriz Apneia obstrutiva do sono e ronco primário: diagnóstico. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80(1 Supl. 1):S1-S16.