
Questionario per adulti

STOP-BANG

Nome dell'intervistato _____

Data: ____ / ____ / ____

	SI	NO
1. Russamento Russi più rumorosamente del parlare o abbastanza da essere udito attraverso una porta chiusa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stanchezza Ritieni di essere stanco o affaticato oppure sonnolento durante il giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osservazione del sonno Qualcuno ha osservato un arresto del respiro (pausa respiratoria) durante il tuo sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pressione arteriosa Sei in terapia per ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Indice di Massa Corporea (Body Mass Index – B.M.I. *) Hai un B.M.I. maggiore di 35?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Età Hai più di 50 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Circonferenza del collo Hai una circonferenza del collo maggiore di 40 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Genere Sei maschio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTO RISCHIO DI OSAS: rispondendo SI a 3 o più domande

BASSO RISCHIO DI OSAS: rispondendo SI a meno di 3 domande

Commenti:

Operatore