

Kwestionariusz **STOP-Bang**

Czy to możliwe, że cierpi Pan/Pani na obturacyjny bezdech senny (OBS)?

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w celu określenia, czy znajduje się Pan/Pani w grupie ryzyka.

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	SNORING? Chrapanie? Czy głośno Pan/Pani chrapie (na tyle głośno, że chrapanie jest słyszalne przez zamknięte drzwi lub partner/partnerka trąca Pana/Panią łokciem w nocy)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	TIRED? Zmęczenie? Czy często czuje Pan/Pani zmęczenie, znużenie lub senność w ciągu dnia (na przykład zasypianie podczas prowadzenia samochodu lub rozmowy)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	OBSERVED? Zaobserwowane objawy? Czy zaobserwowano u Pana/Pani bezdech lub dławienie się/lapanie oddechu w czasie snu?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	PRESSURE? Cięśnienie? Czy ma Pan/Pani wysokie ciśnienie krwi lub jest na nie leczony(-a)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	BODY MASS INDEX? Czy wskaźnik masy ciała (BMI) wynosi powyżej 35 kg/m²?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	AGE? Wiek powyżej 50 lat?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	NECK? Duży obwód karku? (mierzony na wysokości jabłka Adama) Mężczyźni — rozmiar kołnierzyka 43 cm lub więcej? Kobiety — rozmiar kołnierzyka 41 cm lub więcej?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	GENDER? Płeć = mężczyzna?

DLA POPULACJI OGÓLNEJ

OBS — niewielkie ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 0 do 2 pytań

OBS — umiarkowane ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 3 do 4 pytań

OBS — wysokie ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 5 do 8 pytań

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku mężczyzn

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku osób o wskaźniku BMI > 35 kg/m²

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku mężczyzn o obwodzie karku 43 cm lub kobiet o obwodzie karku 41 cm lub większym

Kwestionariusz **STOP-Bang**

Czy to możliwe, że cierpi Pan/Pani na obturacyjny bezdech senny (OBS)?

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w celu określenia, czy znajduje się Pan/Pani w grupie ryzyka.

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	SNORING? Chrapanie? Czy głośno Pan/Pani chrapie (na tyle głośno, że chrapanie jest słyszalne przez zamknięte drzwi lub partner/partnerka trąca Pana/Panią łokciem w nocy)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	TIRED? Zmęczenie? Czy często czuje Pan/Pani zmęczenie, znużenie lub senność w ciągu dnia (na przykład zasypianie podczas prowadzenia samochodu lub rozmowy)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	OBSERVED? Zaobserwowane objawy? Czy zaobserwowano u Pana/Pani bezdech lub dławienie się/lapanie oddechu w czasie snu?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	PRESSURE? Cięśnienie? Czy ma Pan/Pani wysokie ciśnienie krwi lub jest na nie leczony(-a)?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	BODY MASS INDEX? Czy wskaźnik masy ciała (BMI) wynosi powyżej 35 kg/m²?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	AGE? Wiek powyżej 50 lat?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	NECK? Duży obwód karku? (mierzony na wysokości jabłka Adama) Mężczyźni — rozmiar kołnierzyka 43 cm lub więcej? Kobiety — rozmiar kołnierzyka 41 cm lub więcej?
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	GENDER? Płeć = mężczyzna?

DLA POPULACJI OGÓLNEJ

OBS — niewielkie ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 0 do 2 pytań

OBS — umiarkowane ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 3 do 4 pytań

OBS — wysokie ryzyko: odpowiedzi „Tak” na od 5 do 8 pytań

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku mężczyzn

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku osób o wskaźniku BMI > 35 kg/m²

lub odpowiedzi „Tak” na co najmniej 2 z 4 pytań STOP w przypadku mężczyzn o obwodzie karku 43 cm lub kobiet o obwodzie karku 41 cm lub większym