

Questionário STOP-BANG

QUESTÕES INICIAIS - STOP

1. roncos?

Você ronca alto (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)?

() Sim () Não

2. fatigado?

Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)?

() Sim () Não

3. Observado?

Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono?

() Sim () Não

4. Pressão?

Você tem ou está sendo tratado por pressão alta?

() Sim () Não

QUESTÕES FINAIS - BANG

5. obesidade com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 Kg/m²?

() Sim () Não

Calcular pelo site: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/calculadora-imc/>

6. idade maior que 50 anos?

() Sim () Não

7. circunferência do pescoço (medida na altura do “pomo-de-Adão”)

Para homens: circunferência cervical maior ou igual a 43 cm?

Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm?

() Sim () Não

8. Gênero masculino?

() Sim () Não

Critérios de Pontuação:

Baixo risco de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS): Sim para 0 a 2 questões

Intermediário risco de AOS: Sim para 3 a 4 questões

Alto risco de AOS: Sim para 5 a 8 questões

ou Sim para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + sexo masculino

ou Sim para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m²

ou Sim para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência do pescoço (≥43 cm em homens, ≥41 cm em mulheres)