

Nazwisko i Imię :

Data badania:

Data urodzenia:

Skala Bezdechu Sennego

Człowiek		Nigdy	Rzadko	Czasami	Zazwyczaj	Zawsze
		1	2	3	4	5
Q1	Gdy śpisz w ich pobliżu ludzie mówią ci, że głośno chrapiasz.					
Q2	Gdy śpisz w ich pobliżu, ludzie mówią ci, że przestajesz oddychać podczas snu.					
Q3	Budzisz się nagle z uczuciem braku powietrza, lub z uczuciem, że nie możesz oddychać.					
Q4	Bardzo się pocisz w czasie nocy.					
Q5	Mam wysokie ciśnienie tętnicze krwi, lub miałem wysokie ciśnienie w przeszłości.					
Q6	Mam problemy z powodu zatykania się nosa gdy próbuję spać.					
Q7	Moje problemy z chrapaniem/oddychaniem są znacznie gorsze, gdy śpię na plecach.					
Q8	Moje problemy z chrapaniem/oddychaniem są znacznie gorsze, gdy idę spać po spożyciu alkoholu.					
Q9	Aktualna waga ciała	<=61	<=72	<=83	<=95	>95
Q10	Ile lat palisz/paliłeś papierosy?	0	1	<=12	<=25	>=26
Q11	Wiek	<=25	<=35	<=44	<=50	>=51
Q12	BMI	<=22	<=25.6	<=27.4	<=30.9	>=31

M1 Waga:

M2 Wzrost:

M3 Obwód kołnierzyka:

M4 Leki: