

STOP- ІВШЧ Скринінг – Інструмент Синдрому Апноє Уві Сні

1. Чи ви хропите під час сну? Так Ні
2. Чи ви відчуваєте втому, виснаження або сонливість протягом дня? Так Ні
3. Чи хто-небудь спостерігав зупинку вашого дихання під час сну? Так Ні
4. Чи є у вас високий кров'яний тиск? Так Ні

Будь ласка, підрахуйте на скільки питань ви відповіли «так» і поставте кількість тут:

I Індекс маси тіла* (ІМТ) > 35	В Вік > 50 р	Ш Окружність шиї > 40 см > 15.7"							Ч Чоловіча стать	
Якщо ваш ріст (фут, дюйм)	4'10"	5'0"	5'2"	5'4"	5'6"	5'8"	5'10"	6'0"	6'2"	6'4"
і вага є > фунтів (454 г)	167	179	191	204	216	230	250	258	272	287
Якщо ваш ріст (см)	147	152	158	163	168	173	178	183	188	193
і вага є > кг	75	81	86	92	97	104	113	116	122	129

Тоді **ІМТ > 35**