

## STOP BANG

- Μήπως ροχαλίζετε? Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_
- Αισθάνεστε κούραση ή κόπωση  
κατά τη διάρκεια της ημέρας? Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_
- Σας έχει παρατηρήσει κάποιος ότι σταματήσατε να  
αναπνέετε στον ύπνο σας? Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_
- Έχετε Υψηλή πίεση αίματος? Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

Παρακαλώ μετρήστε τον αριθμό των απαντήσεων "**Ναι**" και βάλτε τον αριθμό στη θέση αυτή. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να έχετε Άπνοια στη διάρκεια του ύπνου, αν έχετε δύο από τις τέσσερις απαντήσεις με ΝΑΙ.

Το μέγεθος του αυχένα μου είναι ---εκ-----ίντσες  
 Το ύψος μου είναι ----εκ-----ίντσες  
 Το βάρος μου είναι ----κιλά-----λίμπρες

<b>B</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>G</b>
BMI	Age	Neck size	Gender Male
Δείκτης μάζας σώματος	Ηλικία	Μέγεθος αυχένα	Γένος"
>35	>50 y	> 40cm > 15.7	

Εάν το ύψος  
είναι σε πόδια. ....

4'10"	5'0"	5'2"	5'4"	5'6"	5'8"	5'10"	6'0"	6'2"	6'4"
& βάρος είναι lbs> 167	179	191	204	216	230	250	258	272	287

Εάν το ύψος  
είναι ..m

147	152	158	163	168	173	178	183	188	193
& βάρος είναι σε κιλά >kg	75	81	86	92	97	104	113	116	122
129									

Τότε

**BMI kg/m<sup>2</sup> is > 35**

(δείκτης μάζας σώματος)

Αν μετρήσεις τις θετικές απαντήσεις στο STOP και BANG και ισχύουν τρεις από τους οκτώ παράγοντες τότε θα πρέπει να υποβληθείς σε εκτίμηση του ύπνου.