

STOP BANG

- آیا شما خرخر می کنید؟ بلی ---- خیر ----
- آیا در طی روز احساس خستگی، خواب آلودگی یا فرسودگی می کنید؟ بلی ---- خیر ----
- آیا کسی شما را با ایست تنفسی هنگام خواب دیده است؟ بلی ---- خیر ----
- آیا فشار خون بالا دارید؟ (یا بیماری فشار خون) بلی ---- خیر ----
- لطفاً تعداد پاسخ های بله را بشمارید و عدد را داخل مستطیل بنویسید.
-

G

جنسیت
فقط اگر مذکر هستید

N

دور گردن
>40^{cm}

A

سن
>50

B

BMI شاخص توده بدنی
> 35

توضیح BMI: اگر قد سانتیمتر و وزن کیلوگرم، آنگاه BMI >35 است:

193	188	183	178	173	168	163	158	152	147	قد به سانتیمتر:
129	122	116	113	104	97	92	86	81	75	وزن به کیلوگرم:

مجموع اعداد 2 مستطیل قبل:

تعداد دایره هایی که دور حروف **G N A B** کشیدید:

تقریباً هرگز	به ندرت	اغلب اوقات	تقریباً هر روز	لطفاً پاسخ خود را با زدن علامت در جای مناسب، مشخص کنید.
				آیا معمولاً با خشکی دهان از خواب بیدار می شوید؟
				آیا معمولاً با درد حنجره از خواب بیدار می شوید؟
				آیا در هنگام خواب، آب دهانتان به روی بالش تراوش می کند؟
				(فقط مردان) آیا مشکلات نعوظ دارید؟ (ضعف جنسی)
				آیا در طی خواب، مکرراً برای دفع ادرار بیدار می شوید؟
				آیا تجربه سوزش معده یا رفلاکس را در طی خواب داشته اید؟
				آیا صبح با سردرد بیدار می شوید؟
	خیر		بله	آیا شکستگی فک، بینی یا مشکلات دهانی دارید؟
	خیر		بله	آیا هرگز تمرین سنگین ورزشی یا کار دستی سنگین (کارگری) انجام داده اید؟