

## שאלון Stop-Bang

שם המטופל: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

<b>לשאל את המטופל/ת</b>		
לא	כן	האם אתה נחרת בעוצמה חזקה? (בעוצמה חזקה יותר מעוצמת דיבור או בעוצמה כך שישמעו מחדרים סמוכים כאשר דלת החדר שלך סגורה)?
לא	כן	האם אתה מרגישה עייפה או ישנוניות לעתים קרובות במהלך היום?
לא	כן	האם מישו הבחין באירוע בו הפסקת לנשום/נחנקת במהלך השינה?
לא	כן	האם אי פעם קיבלת טיפול בגלל יתר לחץ דם?
<b>מדידות אוביקטיביות</b>		
לא	כן	$BMI > 35$ ?
לא	כן	גיל $< 50$ ?
לא	כן	היקף צוואר $< 40$ ס"מ?
לא	כן	מין: זכר?
<b>ציון כולל</b>		