

ชื่อ _____

ส่วนสูง _____ น้ำหนัก _____

อายุ _____ ชาย / หญิง _____

STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire

Chung F et al Anesthesiology 2008 and BJA 2012

STOP	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณนอนกรนเสียงดังหรือไม่ (ดังกว่าระดับเสียงพูดคุยหรือดังจนกระทั่งได้ยินผ่านประตูห้องที่ปิดอยู่)		
2. คุณรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือง่วงนอนเวลากลางวันหรือไม่		
3. เคยมีใครสังเกตเห็นคุณหยุดหายใจขณะหลับหรือไม่		
4. คุณมีโรคความดันโลหิตสูงหรือได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่หรือไม่		

BANG	ใช่	ไม่ใช่
1. ดัชนีมวลกาย มากกว่า 35 กิโลกรัม/เมตร ²		
2. อายุมากกว่า 50 ปี		
3. ขนาดรอบคอมากกว่า 40 ซม. หรือ 16 นิ้ว		

4. เพศชาย		
-----------	--	--

รวมคะแนน		
-----------------	--	--

ถ้าตอบ “ใช่” 5 - 8 คะแนน หมายถึง

มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

ถ้าตอบ “ใช่” 3 - 4 คะแนน หมายถึง

มีความเสี่ยงปานกลางในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

ถ้าตอบ “ใช่” 0 - 2 คะแนน หมายถึง

มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น