

## STOP – BANG VPRAŠALNIK

Ime, priimek:.....

Telesna višina:..... Telesna teža: .....

Starost: ..... Spol: .....

### 1.) Izpolni bolnik

|  |    |    |
|--|----|----|
| Ali glasno smrčite?                                      | DA | NE |
| Ste pogosto utrujeni, izmučeni, nenaspani?               | DA | NE |
| Vam je že kdo rekel da med spanjem prenehate dihati?     | DA | NE |
| Ste se kdaj zdravili zaradi povišanega krvnega pritiska? | DA | NE |

### 2.) Izpolni zdravnik

|                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| ITM nad 35kg/m <sup>2</sup> ? | DA | NE |
| Starost nad 50 let?           | DA | NE |
| Obseg vratu nad 40cm?         | DA | NE |
| Moški spol?                   | DA | NE |

|   |  |
|---|--|
| <b>SKUPAJ TOČK (pozitivnih odgovorov)</b> |  |
|---|--|

Visoko tveganje za SOAS: 5 – 8 točk

Zmerno tveganje za SOAS: 3 – 4 točke

Nizko tveganje za SOAS: 0 – 2 točki