

STOP BANG Questionnaire (2014)

Pakisagutan ang mga sumusunod na tanong sa ibaba upang malaman kung ikaw ay nasa panganib ng obstructive sleep apnea (OSA).

- ☐ Hindi ☐ Paghihilik?
☐ Malakas ka bang humilik (malakas para marinig sa labas ng nakasarang pinto o kinakailangan ng iyong kasama na sikuhin ka sa gabi)?
- ☐ Hindi ☐ Kapaguran?
☐ Madalas ka bang makaramdam ng pagod o pagka-antok sa araw (tulad ng pagkaantaok habang nagmamaneho o habang may kinakausap)?
- ☐ Hindi ☐ Pagmamasid?
☐ May nakapansin na bang tumigil ka sa paghinga o humihingal/nasasakal habang natutulog?
- ☐ Hindi ☐ Blood pressure?
☐ Mayroon ka bang high blood o kasalukuyang ginagamot para sa high blood?
- ☐ Hindi ☐ BMI?
☐ Higit ba sa 35 kg/m² ang inyong BMI?
- ☐ Hindi ☐ Higit sa 50 taong gulang?
- ☐ Hindi ☐ Sukat ng leeg?
☐ Para sa mga lalaki, ang sukat ba ng iyong kuwelyo ay 17 pulgada o mas mataas?
☐ Para sa mga babae, ang sukat ba ng iyong kuwelyo ay 16 pulgada o mas mataas?
- ☐ Hindi ☐ Kasarian = Lalaki?
-