

KWESTIONARIUSZ BERLIŃSKI*

Imię i nazwisko _____

Wzrost (cm) _____

Masa ciała (kg) _____

BMI _____

Wiek _____

Rozmiar kołnierzyka _____

Płeć M / K

Proszę zaznaczyć odpowiedź przy każdym pytaniu.

KATEGORIA 1

1. Czy chrapiesz?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem

Jeżeli chrapiesz to:

2. Czy twoje chrapanie jest:

- a. Nieco głośniejsze niż oddychanie
- b. Tak głośne jak mowa
- c. Głośniejsze niż mowa
- d. Bardzo głośne – może być słyszalne w sąsiednich pomieszczeniach

3. Jak często chrapiesz?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

4. Czy twoje chrapanie przeszkadza innym osobom?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem

5. Czy kiedykolwiek ktoś zauważył, że przestajesz oddychać podczas snu?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

KATEGORIA 2

6. Jak często czujesz się zmęczony po przebudzeniu?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

7. Jak często w ciągu dnia czujesz się zmęczony lub jesteś w gorszej formie?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

8. Czy kiedykolwiek przysypiałeś lub zasnąłeś prowadząc pojazd mechaniczny?

- a. Tak
- b. Nie

Jeżeli Tak to:

9. Jak często to się zdarza?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

KATEGORIA 3

10. Czy masz nadciśnienie tętnicze?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

*Zaadaptowane za: Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999 Oct 5;131(7):485-91.