

# Cuestionario Berlín

©1997 IONSLEEP

## 1. Complete los siguientes datos:

Altura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Masculino/femenino \_\_\_\_\_

## 2. ¿Ronca?

- Sí  
 No  
 No lo sé

Si ronca:

## 3. ¿Cómo es el volumen de su ronquido?

- Como una respiración fuerte.  
 Tan alto como una conversación.  
 Más alto que una conversación.  
 Muy alto. Se puede escuchar desde habitaciones vecinas.

## 4. ¿Con qué frecuencia ronca?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 5. ¿Su ronquido molesta a otras personas?

- Sí  
 No

## 6. ¿Alguien advirtió que usted deja de respirar durante el sueño?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 7. ¿Con qué frecuencia se despierta cansado después de dormir?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 8. Durante el día, ¿se siente mal, cansado o fatigado?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 9. ¿Alguna vez se quedó dormido mientras conducía?

- Sí  
 No

Si la respuesta es positiva, ¿con qué frecuencia ocurre esto?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 10. ¿Sufre de hipertensión?

- Sí  
 No  
 No lo sé

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

©2010 Koninklijke Philips Electronics N.V. Todos los derechos reservados.

Philips Healthcare se reserva el derecho de hacer modificaciones en las especificaciones o de discontinuar cualquier producto en cualquier momento sin aviso ni obligación. Tampoco será responsable por cualquier consecuencia que resulte del uso de esta publicación.

Hoech SU 12/21/10 MCI 4103722 PN 1044194

**PHILIPS**

**RESPIRONICS**

sense and simplicity

# Cuestionario Berlín

©1997 IONSLEEP

## 1. Complete los siguientes datos:

Altura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Masculino/femenino \_\_\_\_\_

Categoría 1

## 2. ¿Ronca?

- Sí
- No
- No lo sé

Si ronca:

## 3. ¿Cómo es el volumen de su ronquido?

- Como una respiración fuerte.
- Tan alto como una conversación.
- Más alto que una conversación.
- Muy alto. Se puede escuchar desde habitaciones vecinas.

## 4. ¿Con qué frecuencia ronca?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

## 5. ¿Su ronquido molesta a otras personas?

- Sí
- No

## 6. ¿Alguien advirtió que usted deja de respirar durante el sueño?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

### Puntuación de preguntas:

Todas las respuestas enmarcadas en un recuadro negro se consideran una respuesta positiva.

### Puntuación de categorías:

- La categoría 1 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 2 a 6.
- La categoría 2 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 7 a 9.
- La categoría 3 es positiva cuando hay 1 respuesta positiva o el IMC es mayor que 30.

### Resultado final:

Si dos o más categorías son positivas, hay una alta probabilidad de padecer trastornos respiratorios durante el sueño.

©2010 Koninklijke Philips Electronics N.V. Todos los derechos reservados.

Philips Healthcare se reserva el derecho de hacer modificaciones en las especificaciones o de discontinuar cualquier producto en cualquier momento sin aviso ni obligación. Tampoco será responsable por cualquier consecuencia que resulte del uso de esta publicación.

Hoech SU 12/21/10 MCI 4103722 PN 1044194

## 7. ¿Con qué frecuencia se despierta cansado después de dormir?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

## 8. Durante el día, ¿se siente mal, cansado o fatigado?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

## 9. ¿Alguna vez se quedó dormido mientras conducía?

- Sí
- No

### Si la respuesta es positiva, ¿con qué frecuencia ocurre esto?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

Categoría 2

## 10. ¿Sufre de hipertensión?

- Sí
- No
- No lo sé

IMC = \_\_\_\_\_

Categoría 3

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

# Cuestionario Berlín

©1997 IONSLEEP

## 1. Complete los siguientes datos:

Altura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_ Masculino/femenino \_\_\_\_\_

Categoría 1

## 2. ¿Ronca?

- Sí  
 No  
 No lo sé

Si ronca:

## 3. ¿Cómo es el volumen de su ronquido?

- Como una respiración fuerte.  
 Tan alto como una conversación.  
 Más alto que una conversación.  
 Muy alto. Se puede escuchar desde habitaciones vecinas.

## 4. ¿Con qué frecuencia ronca?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 5. ¿Su ronquido molesta a otras personas?

- Sí  
 No

## 6. ¿Alguien advirtió que usted deja de respirar durante el sueño?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

### Puntuación de preguntas:

Todas las respuestas enmarcadas en un recuadro negro se consideran una respuesta positiva.

### Puntuación de categorías:

- La categoría 1 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 2 a 6.   
 La categoría 2 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 7 a 9.   
 La categoría 3 es positiva cuando hay 1 respuesta positiva o el IMC es mayor que 30.

### Resultado final:

Si dos o más categorías son positivas, hay una alta probabilidad de padecer trastornos respiratorios durante el sueño.

©2010 Koninklijke Philips Electronics N.V. Todos los derechos reservados.

Philips Healthcare se reserva el derecho de hacer modificaciones en las especificaciones o de discontinuar cualquier producto en cualquier momento sin aviso ni obligación. Tampoco será responsable por cualquier consecuencia que resulte del uso de esta publicación.

Hoech SU 12/21/10 MCI 4103722 PN 1044194

## 7. ¿Con qué frecuencia se despierta cansado después de dormir?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 8. Durante el día, ¿se siente mal, cansado o fatigado?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

## 9. ¿Alguna vez se quedó dormido mientras conducía?

- Sí  
 No

### Si la respuesta es positiva, ¿con qué frecuencia ocurre esto?

- Casi todos los días  
 3-4 veces por semana  
 1-2 veces por semana  
 1-2 veces por mes  
 Casi nunca o nunca

Categoría 2

## 10. ¿Sufre de hipertensión?

- Sí  
 No  
 No lo sé

IMC =

Categoría 3

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**PHILIPS**
**RESPIRONICS**

sense and simplicity

## Tabla del índice de masa corporal

		Peso en libras													
		91	96	100	105	110	114	120	124	129	134	139	143	167	191
Altura	4-10 →	94	99	104	109	114	119	124	129	133	138	143	148	173	198
	4-11 →	97	102	108	112	118	123	128	133	138	143	149	153	179	204
	5-0 →	100	106	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	185	211
	5-1 →	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	191	218
	5-2 →	107	113	118	124	130	135	141	147	152	156	163	169	197	225
	5-3 →	111	116	122	128	134	140	145	151	157	163	168	174	204	233
	5-4 →	114	120	126	132	138	144	150	153	162	168	174	180	210	240
	5-5 →	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	185	216	248
	5-6 →	121	127	134	140	147	153	159	166	172	178	185	191	223	255
	5-7 →	125	131	138	144	151	158	164	171	177	187	190	197	230	263
	5-8 →	128	135	142	149	155	162	169	176	183	189	196	203	237	270
	5-9 →	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	202	209	249	278
	5-10 →	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	250	286
	5-11 →	140	147	155	162	169	177	184	191	199	206	213	221	258	294
	6-0 →	144	151	159	166	174	182	190	197	204	212	219	227	268	303
	6-1 →	148	155	163	171	179	187	194	202	210	218	225	233	272	311
	6-2 →	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	279	319
	6-3 →	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	287	328
	6-4 →	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
			19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35
		<b>IMC</b>													

1. En la columna izquierda encontrará la altura del paciente en pies y pulgadas.
2. En la misma fila, encontrará el valor más cercano al peso del paciente en libras.
3. El IMC se encuentra en la parte inferior de la tabla, debajo del peso del paciente.

Nota: Para calcular el IMC en kilogramos y metros, utilice la fórmula  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$