

هل تعاني من الشخير؟  
هل تشعر بالتعب أو الارهاق أو النعاس أثناء النهار؟  
هل لاحظ أحد توقف تنفسك أثناء نومك؟  
هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟

لا نعم  
لا نعم  
لا نعم  
لا نعم

الرجاء حساب عدد إجاباتك بنعم ووضع الرقم في هذا المربع

**B**  
دليل كتلة الجسم  
>35

**A**  
العمر  
سنة > 50

**N**  
قياس الرقبة  
>40cm >15.7"

**G**  
الجنس  
ذكر

4'10"	5'0"	5'2"	5'4"	5'6"	5'8"	5'10"	6'0"	6'2"	6'4"		إذا كان الطول بالقدم و البوصة
167	179	191	204	216	230	250	258	272	287	<	و الوزن بالباوند
147	152	158	163	168	173	178	183	188	193		إذا كان الطول بالسنتمتر
75	81	86	92	97	104	113	116	122	129	<	و الوزن بالكيلوغرام

فإن دليل كتلة الجسم لديك يكون < 35