

**FIGURA 4 – Solicitação de Polissonografia e Orientações para o Exame**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE  
REFERÊNCIA-TÉCNICA DISTRITAL DE PNEUMOLOGIA  
**SOLICITAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA**

<b>NOME:</b>	<b>SES:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>ALTURA:</b>
<b>TELEFONE:</b>	<b>PESO:</b>

**TIPO DO EXAME:**  
☐ POLISSONOGRAFIA BASAL  
☐ POLISSONOGRAFIA SPLIT NIGHT  
☐ POLISSONOGRAFIA COM TITULAÇÃO DE CPAP (ANEXAR COPIA DA POLISSONOGRAFIA BASAL)  
☐ POLISSONOGRAFIA COM TITULAÇÃO DE BIPAP (ANEXAR COPIA DA POLISSONOGRAFIA BASAL)  
☐ TESTES DE MÚLTIPLAS LATÊNCIAS DO SONO  
 .....  
☐ Com oxigênio suplementar \_\_\_\_\_ - fluxo recomendado      ☐ Com capnografia

---

**SUSPEITA CLÍNICA**

☐ Doença neuromuscular  
☐ Hipoventilação alveolar diurna (Gasometria arterial em repouso com  $PACO_2 > 45 \text{ mmHg}$ )  
☐ Distúrbio ventilatório do sono (apneia obstrutiva do sono, apneia central do sono, hipoventilação)  
☐ Hipersonolencia de origem central (narcolepsia, hipersonia idiopática)  
☐ Parassonias (distúrbio do comportamento do sono REM)  
☐ Distúrbio do movimento do sono  
☐ Distúrbio neurológico (epilepsia relacionada ao sono)  
☐ Pré-operatório cirurgia bariátrica  
☐ Outros (especificar): \_\_\_\_\_

---

**QUESTIONÁRIO STOP BANG**

☐ Sim   ☐ Não **S:** Você ronca alto?  
☐ Sim   ☐ Não **T:** Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia?  
☐ Sim   ☐ Não **O:** Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono?  
☐ Sim   ☐ Não **P:** Você tem, ou está sendo tratado por pressão alta?  
☐ Sim   ☐ Não **B:**  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ ?  
☐ Sim   ☐ Não **A:** Idade  $> 50$  anos?  
☐ Sim   ☐ Não **N:** Circunferência cervical  $\geq 43$  cm em homens ou  $\geq 41$  cm em mulheres?  
☐ Sim   ☐ Não **G:** Sexo masculino?

---

**COMORBIDADES:** \_\_\_\_\_

---

**SE EXAME DE TITULAÇÃO:**  
**ÍNDICE DE APNEIA (IAH):** ( ) LEVE..... ( ) MODERADA..... ( ) GRAVE.....

**MÉDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

É OBRIGATORIO o preenchimento de todos os campos:  
 O profissional solicitante deverá ser PNEUMOLOGISTA, NEUROLOGISTA, OTORRINOLARINGO-LOGISTA, CARDIOLOGISTA ou PSIQUIATRA.