

# Questionnaire STOP-BANG

Date du questionnaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **S** Snoring

Ronflez-vous bruyamment (plus fort que la parole, ou entendu à travers une cloison)  
Oui  Non

## **T** Tiredness

Vous sentez-vous souvent fatigué, las ou somnolent durant la journée ?  
Oui  Non

## **O** Observed apnea

Vous a-t-on fait remarquer que vous arrêtiez de respirer pendant votre sommeil ?  
Oui  Non

## **P** Blood Pressure

Etes-vous hypertendu ou prenez-vous un traitement pour la tension ?  
Oui  Non

**B**MI Index de masse corporelle  $IMC > 25 \text{ kg/ m}^2$  Oui  Non

**A**ge > 50 ans Oui  Non

**N**eck Circonférence du cou > 40 cm Oui  Non

**G**ender Sexe masculin Oui  Non

**TOTAL réponses positives :**

## Questionnaire STOP-BANG

### Interprétation :

Probabilité de SAOS faible: 0- 2 réponses positives

Probabilité de SAOS modérée : 3-4 réponses positives

Probabilité de SAOS élevée :  $\geq 5$  réponses positives