

Questionnaire STOP-BANG

Date du questionnaire : ___/___/___

Nom _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___

Poids : _____ kg Taille : _____ IMC [P(kg)/T²(m)] : _____

S Snoring

Ronflez-vous bruyamment (plus fort que la parole, ou entendu à travers une cloison) ou de manière gênante 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 BMI Index de masse corporelle $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$

Oui Non

Age > 50 ans

Oui Non

Neck Circonférence du cou > 43 cm  (homme)
> 41 cm  (femme)

Oui Non

Gender 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 : ≥ 5 réponses positives