

## EVALUATION DU RISQUE DE SYNDROME d'APNEE OBSTRUCTIVE du SOMMEIL : SAOS

QUESTIONNAIRE DE BERLIN (de Netzer, Ann Intern Med 1999, 131 :485-91)

Le questionnaire est un auto-questionnaire à remplir avec l'aide de la personne qui dort avec vous. Il s'agit d'un **test de dépistage** qui permet d'évaluer un risque de SAOS mais ne le confirme pas. Une polygraphie nocturne et/ou une polysomnographie nocturne seront peut être demandées en conséquence.

Une réponse cochée parmi les questions **en gras/rouge** est considérée comme positive.

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives.

La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives.

La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponses positive et/ou un Index de masse corporelle IMC( BMI en anglais body mass index) >30 : IMC= poids en kg/taille en mètre au carré : ex 100 kg pour 1,8 mètres IMC = 100/(1,8x1,8)= 30,86

**LE RISQUE DE SAOS est élevé si 2 des 3 catégories sont positives.**

### Catégorie 1

- Ronflez-vous ?
  - oui**
  - non
  - ne sait pas
  
- Si vous ronflez, vos ronflements sont :
  - un peu plus forts que le bruit de la respiration
  - aussi forts que si vous parliez
  - plus forts que si vous parliez**
  - très forts, pouvant être entendus à travers une porte/d'une autre pièce**
  
- A quelle fréquence ronflez-vous ?
  - presque toutes les nuits**
  - 3 à 4 fois par semaine**
  - 1 à 2 fois par semaine
  - 1 à 2 fois par mois
  - jamais ou presque jamais
  
- Vos ronflements ont-ils déjà gênés votre entourage ?
  - oui**
  - non
  
- Quelqu'un a-t-il remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?
  - presque toutes les nuits**
  - 3 à 4 fois par semaine**
  - 1 à 2 fois par semaine
  - 1 à 2 fois par mois
  - jamais ou presque jamais

## Catégorie 2

- Vous sentez-vous fatigué au réveil ?
  - presque tous les matins**
  - 3 à 4 fois par semaine**
  - 1 à 2 fois par semaine
  - jamais ou presque jamais
  
- Vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou moins en forme au cours de la journée ?
  - presque tous les jours**
  - 3 à 4 fois par semaine**
  - 1 à 2 fois par semaine
  - 1 à 2 fois par mois
  - jamais ou presque jamais
  
- Vous êtes-vous déjà assoupi ou endormi en conduisant un véhicule ?
  - oui**
  - non

## Catégorie 3

- Prenez-vous des médicaments contre la tension ?
  - oui**
  - non
  - ne sait pas
  
- IMC > 30 ?
  - oui**
  - non

NOMBRE de Catégories positives : /3 risque de SAOS élevé si 2 ou 3 catégories positives
---