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 ❑

BMI Index de masse corporelle IMC> 35 kg/ m2 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