

# Questionnaire STOP-BANG

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Poids : \_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_ IMC [P(kg)/T<sup>2</sup>(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 arrêtez 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 > 35 kg/ m<sup>2</sup>

Oui  Non

**A**ge > 50 ans

Oui  Non

**N**eck Circonférence du cou > 43 cm  (homme)

Oui  Non

> 41 cm  (femme)

**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**