

## Questionnaire STOP-BANG

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_      IMC [ $\text{P}(\text{kg})/\text{T}^2(\text{m})$ ] : \_\_\_\_\_

## S snoring

Ronflez-vous bruyamment (plus fort que la parole, ou entendu à travers une cloison) ou de manière gênante

## 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> 35 kg/ m2 Oui ☐ Non ☐

**Age > 50 ans** Oui ☐ Non ☐

**N**eck 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 :  $\geq 5$  réponses positives