

| STOP-BANG Questionnaire

Homme

Femme

/ []² =
Poids (kg) Taille (cm) IMC

Taille du col:

S

M

L

XL

Circonférence du cou

Âge

*La circonférence du cou sera mesurée par les soignants

STOP (Snoring - Tiredness - Observed Apnea - Pressure)

1 Ronflements Ronflez-vous suffisamment fort pour être entendu à travers une porte ou gêner votre voisin de lit?	Oui	Non
2 Fatigue Ressentez-vous une fatigue anormale dans la journée ou vous vous endormez facilement?	Oui	Non
3 Apnée objectivée Votre voisin de lit a-t-il observé des arrêts dans votre respiration la nuit?	Oui	Non
4 Pression Avez-vous une hypertension artérielle traitée ou non-traitée?	Oui	Non

BANG (Body Mass Index - Age - Neck - Gender)

5 IMC Votre indice de masse corporelle est-il supérieur à 35 kg/m ² ?	Oui	Non
6 Âge Êtes-vous âgé de plus de 50 ans?	Oui	Non
7 Cou Votre tour de cou est-il supérieur à 43 cm (si vous êtes un homme) ou à 41 cm (si vous êtes une femme)? (Mesure au niveau de la pomme d'Adam)	Oui	Non
8 Sexe Êtes-vous un homme?	Oui	Non

RÉSERVÉ AU MÉDECIN

Risque de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

Haut risque de SAHOS: réponse **Oui** à **trois choix ou plus**

Risque faible de SAHOS: réponse **Oui** à **moins de trois choix**