

Questionnaire STOP-Bang mis à jour

Ronflements ?

Oui Non
● ● Ronflez-vous **fort** (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez) ?

Fatigue ?

Oui Non
● ● Vous sentez-vous souvent **fatigué(e)**, **épuisé(e)** ou **somnolent(e)** pendant la journée (comme par exemple s'endormir au volant) ?

Observation ?

Oui Non
● ● Quelqu'un a-t-il **observé** que vous **arrêtiez de respirer** ou que vous **vous étouffiez/suffoquiez** pendant votre sommeil ?

Tension ?

Oui Non
● ● Êtes-vous atteint(e) d'**hypertension artérielle** ou êtes-vous traité(e) pour ce problème ?

Oui Non

● ● **Indice de Masse Corporelle supérieur à 35 kg/m² ?**

Oui Non

● ● **Âge supérieur à 50 ans ?**

Tour de cou important ? (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)

Oui Non
● ● Pour les hommes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm ?
Pour les femmes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm ?

Oui Non

● ● **Sexe = Masculin ?**

Critères de cotation :

Pour la population générale

Faible risque d'AOS : Réponse « oui » à 0-2 questions

Risque moyen d'AOS : Réponse « oui » à 3-4 questions

Risque élevé d'AOS : Réponse « oui » à 5-8 questions

ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin

ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m²

ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou
(43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)