



CLINIQUE SOMNOMED

Nom: _____

Date: _____

Questionnaire STOP-BANG

Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:768-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014

Choisir

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 la nuit) ?

Êtes-vous fatigué, somnolent pendant la journée ?

A-t-on observé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ?

Avez-vous de l'hypertension artérielle, traitée ou non ?

Est-ce que votre indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 35 kg/m²?

Avez-vous plus de 50 ans ?

Est-ce que votre tour de cou est supérieur à 43cm pour les hommes ou 41cm pour les femmes?

Êtes-vous un homme?

Risque élevé SAOS: 5 - 8 Oui

Risque moyen SAOS: 3 - 4 Oui

Faible risque SAOS: 0 - 2 Oui

T. 438-499-8324

F. 450-937-7765

info@somno-med.com

SOUMETTRE