

DÉPISTAGE DU SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL OBSTRUCTIF

LE QUESTIONNAIRE STOP BANG

Adapté de Chung et al. BJA 108 (5) : 768-75 (2012)

Cachet du médecin

Nom :

Prénom :

Cocher si élément présent

<input type="checkbox"/>	SNORING	Ronflement assez fort pour être entendu à travers une porte close
<input type="checkbox"/>	TIRED	Fatigue diurne ou envie de dormir pendant la journée
<input type="checkbox"/>	OBSERVED	Apnées observées par le conjoint
<input type="checkbox"/>	PRESSURE	HTA traitée
<input type="checkbox"/>	BMI	IMC > 35 kg/m ²
<input type="checkbox"/>	AGE	Âge > 50 ans
<input type="checkbox"/>	NECK	Tour de cou > 40 cm
<input type="checkbox"/>	GENDER	Sexe Masculin
	SCORE	TOTAL SUR 8

Interprétation :

Un score de STOP-BANG ≥ 4 indique une forte probabilité de SAOS ; à valider par un examen diagnostic.

COMMENTAIRE :