

Dépistage de l'apnée du sommeil

1. Ronflement

A. Ronflez-vous toutes les nuits plus (>de 3 nuits / par semaine)

Oui (2) Non(0) _____

B. Avez-vous des ronflements très forts qui peuvent s'entendre dans une autre pièce ?

Oui (2) Non(0) _____

2. Avez-vous des épisodes répétés d'arrêt respiratoire (inquiétants le conjoint qui pense que le ronfleur est en train de s'étouffer)

Jamais (0) Quelque fois (3) Fréquemment (5) _____

3. Quel est l'encolure de votre cou?

Femme : moins de 16 pouces (0) plus de 16 pouces (5) _____

Homme : moins de 17 pouces (0) plus de 17 pouces (5) _____

4. Souffrez-vous de somnolence durant la journée lorsque vous êtes :

A. actif ou occupé ?

Oui (2) Non(0) _____

B. en conduisant votre automobile ou arrêté à un feu de circulation ?

Oui (2) Non(0) _____

5. Etes-vous ou avez-vous déjà été traité pour de l'hypertension artérielle?

Oui (1) Non(0) _____

=====

TOTAL : _____

9 POINTS ET PLUS : Référence à un spécialiste ou à un clinique d'évaluation du sommeil

6-8 POINT : Zone grise : faire preuve de jugement clinique

5 POINTS ET MOINS : Faible probabilité d'apnée du sommeil