



Questionnaire de Berlin



Catégorie 1

1. Compléter :

Nom :

Prénom :

Poids :(kg)

Taille :(cm)

Age :

Homme

Femme

2. Ronflez-vous ?

oui

non

je ne sais pas

3. Si vous ronflez, votre ronflement est :

un peu plus fort que la respiration

aussi fort que la parole

plus fort que la parole

très fort, peut être entendu dans les pièces voisines

4. Est-ce que vous ronflez :

presque chaque jour

3-4 fois/semaine

1-2 fois/ semaine

1-2 fois/mois

jamais ou presque jamais

5. Est-ce que votre ronflement a déjà gêné d'autres personnes ?

oui

non

6. Est-ce quelqu'un a remarqué que vous arrêtez de respirer pendant le sommeil ?

presque chaque jour

3-4 fois/semaine

1-2 fois/ semaine

1-2 fois/mois

jamais ou presque jamais

A remplir par le médecin : IMC =

Catégorie 2

7. Combien de fois vous sentez-vous somnolent ou fatigué le matin après votre nuit de sommeil ?

presque chaque jour

3-4 fois/semaine

1-2 fois/semaine

1-2 fois/mois

jamais ou presque jamais

8. En période d'éveil, vous sentez-vous somnolent, fatigué ou sans énergie ?

presque chaque jour

3-4 fois/semaine

1-2 fois/ semaine

1-2 fois/ mois

jamais ou presque jamais

9. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir un coup de barre ou de vous endormir au volant ?

oui

non

10. Si c'est le cas, cela se produit ?

presque chaque jour

3-4 fois/semaine

1-2 fois/ semaine

1-2 fois/mois

jamais ou presque jamais

Catégorie 3

11. Avez-vous de l'hypertension artérielle ou prenez-vous un médicament pour la tension ?

oui

non

vous ne savez pas

Scoring : 1 réponse à l'intérieur du cadre est une réponse positive

SCORE des questions :

Cat. 1 2 ou + positives aux QS 2-6

Cat. 2 2 ou + positives aux QS 7-9

Cat. 3 1 positive à la QS 11 et/ou IMC > 30

Résultat final : 2 ou 3 Cat positives indiquent un risque important de SAS

Spécialiste de l'Assistance Respiratoire

www.sosoxygene.com