

Uaktualniony kwestionariusz STOP-Bang

Tak Nie **Chrapanie?**
 Czy **chrapią** Państwo **głośno** (na tyle głośno, że słycać przez zamknięte drzwi, lub partner(ka) szturcha Państwa w nocy za chrapanie)?

Tak Nie **Zmęczenie?**
 Czy często czują się Państwo **zmęczeni, wyczerpani lub śpiący** w trakcie dnia (np. zasypianie podczas prowadzenia pojazdu)?

Tak Nie **Spostrzeżenia innych?**
 Czy ktoś **zauważył**, że **przestali Państwo oddychać** lub **dusili/krztusili się Państwo** we śnie?

Tak Nie **Ciśnienie?**
 Czy mają Państwo **nadciśnienie** lub przyjmują leki na **nadciśnienie**?

Tak Nie
 Wskaźnik masy ciała (BMI) powyżej 35 kg/m²?

Tak Nie
 Wiek powyżej 50 lat?

Duży obwód szyi? (mierzony na wysokości jabłka Adama)
Dla mężczyzn – czy rozmiar kołnierzyka to 43 cm lub większy?
Dla kobiet – czy rozmiar kołnierzyka to 41 cm lub większy?
Tak Nie

Tak Nie
 Płeć = mężczyzna?

Kryteria oceny:

Dla ogółu społeczeństwa

Niskie ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego (OSA): odpowiedź „tak” na 0-2 pytania

Umiarkowane ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego (OSA): odpowiedź „tak” na 3-4 pytania

Wysokie ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego (OSA): odpowiedź „tak” na 5-8 pytań
lub odpowiedź „tak” na 2 lub więcej z 4 pierwszych pytań + płeć męska
lub odpowiedź „tak” na 2 lub więcej z 4 pierwszych pytań + BMI > 35 kg/m²
lub odpowiedź „tak” na 2 lub więcej z 4 pierwszych pytań + szerokość szyi
(43 cm dla mężczyzn, 41 cm dla kobiet)

Własność: University Health Network, więcej informacji: www.stopbang.ca

Modyfikacje z: 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