

Allegato OAA 3a_STOP BANG

QUESTIONARIO STOP BANG PER RISCHIO DI OSAS

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	S – Russamento (Snoring) Russa forte (abbastanza forte da essere sentito attraverso le porte chiuse oppure chi dorme con Lei le dà delle gomitate perché russa la notte)?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	T – Stanchezza (Tired) Si sente spesso stanco/a, affaticato/a o assonnato/a durante il giorno (come se si addormentasse durante la guida)?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	O – Osservazione (Observed apnea) Qualcuno L'ha osservata mentre smetteva di respirare o soffocava/rimaneva senza fiato durante il sonno?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	P – Pressione arteriosa (Pressure >140/90) È stato/a trattato/a o è attualmente in trattamento per la pressione arteriosa alta ?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	B – BMI (Bodi Mass Index) Ha un indice di massa corporea superiore a 35 Kg/m ² ?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	A – Età (Age) Ha una età superiore a 50 anni?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	N – Circonferenza Collo (Neck) Ha un collo di grandi dimensioni (misurato a livello del pomo d'Adamo)? Per gli uomini il colletto della camicia misura 43 cm o più? Per le donne il colletto della camicia misura 41 cm o più?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	G – Genere (Gender) È di sex maschile?

Criteri di attribuzione del punteggio (per la popolazione generale:

SI a 0-2 domande	Basso rischio di OSAS
SI a 3-4 domande	Medio rischio di OSAS
SI a 5-8 domande	Elevato rischio di OSAS
Oppure: SI a ≥2 domande STOP + sesso maschile	
Oppure: SI a ≥2 domande STOP + BMI >35 Kg/m ²	
Oppure: SI a ≥2 domande STOP + circonferenza collo	