

Aktualisierter STOP-Bang-Fragebogen

Ja Nein **Schnarchen?**
 Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?

Ja Nein **Müde?**
 Sind Sie tagsüber oft **müde, erschöpft oder schläfrig** (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?

Ja Nein **Beobachtet?**
 Hat man schon einmal **beobachtet**, dass Sie im Schlaf **aufhören zu atmen** oder **würgen/nach Luft ringen**?

Ja Nein **Druck?**
 Haben Sie **Bluthochdruck** oder erhalten Sie dafür eine Behandlung?

Ja Nein **Body Mass Index (BMI) über 35 kg/m²?**

Ja Nein **Sind Sie über 50 Jahre alt?**

Ja Nein **Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)**
 Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr?
Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?

Ja Nein **Geschlecht = Männlich?**

Bewertungskriterien:

Für die allgemeine Bevölkerung

Niedriges OSA-Risiko: 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko: 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko: 5-8 Fragen mit Ja beantwortet

oder mindestens 2 der ersten 4 Fragen mit Ja beantwortet + männlich

oder mindestens 2 der ersten 4 Fragen mit Ja beantwortet + BMI > 35 kg/m²

oder mindestens 2 der ersten 4 Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang

(43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen)

Eigentum des University Health Network, weitere Informationen unter: www.stopbang.ca

Modifiziert nach 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