



Auto-questionnaire pour l'évaluation de votre risque de maladie cardiovasculaire.

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé d'évaluer votre risque cardiovasculaire avec l'aide de votre médecin traitant et/ou de votre infirmière de prévention.

Il s'agit de connaître votre risque de développer des maladies cardiovasculaires dans les 10 ans à venir pour surveiller de façon plus ou moins fréquente certains paramètres biologiques, pratiquer des examens de façon répétées ou pas, et vous conseiller des mesures préventives adaptées.

Vous, patient, après ce bilan, connaissant ce qui pourrait améliorer votre santé, vous pourrez adopter les mesures préventives dont vous allez convenir avec votre médecin et/ou votre infirmière.

Ce document est construit en regroupant un ensemble de questionnaires validés, chacun pour une partie du risque cardiovasculaire.

Ce questionnaire n'a rien d'obligatoire : c'est une aide afin de ne pas oublier certains éléments qui pourraient vous échapper. Si l'une ou l'autre rubrique vous paraît gênante, ne la remplissez pas. Et inversement, s'il vous semble qu'un de vos problèmes n'est pas pris en compte, n'hésitez pas à me le signaler ! Enfin, si vous n'arrivez pas à remplir une rubrique, vous pouvez vous faire aider par un proche, et nous pourrions en discuter ensemble.

Tout ce qui sera noté ici restera confidentiel. Aucune des données nominatives ne sera utilisée à d'autres fins que de faire le tour avec-vous de vos problèmes de santé. Médecin et infirmière sont tenus au secret professionnel. Ils disposent d'un dossier partagé. Mais si vous le souhaitez, les informations vous concernant peuvent ne pas être partagées.

Prévoyez une heure environ pour remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire rempli sera à rapporter à votre prochain rendez-vous.

Date de votre prochain rendez-vous :

Des questions concernant le remplissage de ce questionnaire (durée, appréciation, ...) sont à remplir en fin de questionnaire. Elles sont destinées à améliorer notre action.



QUI ÊTES-VOUS ?

● Prénom - NOM :

● Date de naissance :

● Adresse :

A quelle adresse peut-on vous écrire :

● Téléphone(s) :



Pour des raisons d'anonymisation, la partie au-dessus de ce trait sera découpée et ne sera pas transmise pour l'expérimentation.

Numéro de questionnaire :

Date de remplissage de ce questionnaire :

Votre âge :

Vous êtes un ☐ homme

☐ une femme

Avez-vous une profession ? ☐ OUI ☐ NON

→ si Oui :

▪ Laquelle ?

Bénéficiez-vous :

- De la sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON
- De la CMU ou de l'Aide Médicale d'État ? ☐ OUI ☐ NON
- De l'ALD (remboursement à 100% pour certaines maladies de longue durée ? ☐ OUI ☐ NON
- D'une mutuelle complémentaire ? ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre les documents que je vous remets ? ☐ OUI ☐ NON

Pour vous, quels sont vos principaux problèmes de santé ?

Votre alimentation



- Je privilégie la volaille à la viande rouge ☐ OUI ☐ NON
- Je limite ma consommation de viande rouge à 500 grammes par semaine (équivalent de 3 à 4 steaks) ☐ OUI ☐ NON
- Je mange du poisson au moins 2 fois par semaine ☐ OUI ☐ NON
- Je consomme des fruits à coque (noix, noisettes, amandes, pistaches non salées) une petite poignée par jour ☐ OUI ☐ NON
- Je privilégie les modes de cuisson sans matière grasse ☐ OUI ☐ NON
- Je limite ma consommation de sel ☐ OUI ☐ NON
- Je mange au moins 3 fruit et légumes différents par jour ☐ OUI ☐ NON
- J'évite de grignoter entre les repas et le soir ☐ OUI ☐ NON
- Je mange des légumes secs au moins 2 fois par semaine ☐ OUI ☐ NON
- Je ne me ressers pas ☐ OUI ☐ NON
- Je ne consomme pas d'alcool 2 jours par semaine ☐ OUI ☐ NON



Vos traitements.

Prenez-vous des médicaments ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels et pourquoi ? (Notez les médicaments prescrits par votre ou vos médecins, mais aussi les médicaments ou les compléments alimentaires que vous achetez par vous-même).

Médicament (s)	Pour quelle(s) maladie(s) ?



Votre corpulence

Quel sont :

- Votre poids : _____ Votre taille : _____
- Votre Indice de masse corporelle ou IMC (l'indice de masse corporelle est le calcul du poids divisé par la taille au carré). Un tableau ci-dessous vous permet de le calculer instantanément.
 - Regardez la colonne de gauche pour trouver votre taille en centimètres
 - Trouvez le nombre le plus proche de votre poids sur la ligne du bas
 - Votre IMC apparait à l'intersection de la rangée et de la colonne concernée.

Table d'indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré. $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$

Taille (en mètres)	2,10	2,08	2,06	2,04	2,02	2,00	1,98	1,96	1,94	1,92	1,90	1,88	1,86	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,74	1,72	1,70	1,68	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,56	1,54	1,52	1,50																															
2,10	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
2,08	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72		
2,06	14	15	16	17	17	18	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
2,04	14	15	16	17	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
2,02	15	16	17	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72		
2,00	15	16	17	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72		
1,98	15	16	17	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72		
1,96	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
1,94	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72				
1,92	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72				
1,90	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72					
1,88	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72						
1,86	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72						
1,84	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72							
1,82	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72							
1,80	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72								
1,78	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72								
1,76	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72								
1,74	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72									
1,72	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72									
1,70	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72										
1,68	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72											
1,66	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72											
1,64	22	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72												
1,62	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72												
1,60	23	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72													
1,58	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72													
1,56	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72														
1,54	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53																																	



Existe-t-il des problèmes de santé dans votre famille ?

Cochez la ou les cases concernées.

Existe-t-il dans votre famille	Sœur ou Frère	Mère	Père	Grands- parents	Autres
Un problème cardiaque ou un accident vasculaire cérébral ? → Si Oui, précisez si possible à quel âge					
Du diabète ?					
Une phlébite (Thrombose veineuse) ?					
Du cholestérol ?					
De l'hypertension artérielle ?					
D'autres maladies dont vous voudriez parler ?					



Vous et l'alcool

- **À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?**

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux ou 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ;

→ Résultat :

- **Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?**

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ;

→ Résultat :

- **Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?**

Non = 0 ; Oui = 4 ;

→ Résultat :

- **Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**

Non = 0 ; Oui = 4 ;

→ Résultat :

- **Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?**

Non = 0 ; Oui = 4 ;

→ Résultat :

Faite le total de vos réponses.

Interprétation du score total ; hommes (H)/femmes (F)

Risque pour votre santé faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 = renforcement de vos conduites favorables à la santé

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 = intervention par un soignant conseillée

Dépendance probable : H et F plus de 8 = consultation d'addictologie à discuter avec votre médecin

Vous et le tabac

Fumez-vous ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Ancien fumeur

Si oui, remplissez ce questionnaire et calculez votre score en faisant la somme des deux chiffres de droite.

Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 3 minutes : 3 6-30 minutes : 2 31-61 minutes : 1 plus de 30 minutes : 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)	10 ou moins : 0 11 à 20 : 1 21 à 30 : 2 31 ou plus : 3
Total	

Interprétation selon les auteurs :

0-1 : pas de dépendance ;

2-3 : dépendance modérée ;

4-5-6 : dépendance forte.



Vous et votre activité physique

TEST DE SEDENTARITE ET ACTIVITE PHYSIQUE

Ce questionnaire d'auto-évaluation vous permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif.

Calculez-le en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée de chaque item.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+(C)						

RESULTATS :

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

D'après le questionnaire de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné



Vous et votre tension artérielle

- Connaissez-vous vos chiffres de tension artérielle ? ☐ OUI ☐ NON
- Si oui, quels étaient les chiffres lors de la dernière mesure ?

Êtes-vous traité pour hypertension artérielle ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, depuis quelle année ?

Vous et votre cholestérol

Connaissez-vous votre chiffre (référez-vous à vos dernières analyses) ou demandez à votre médecin. Si possible, complétez les valeurs du tableau ci-dessous.

- De cholestérol total ?
- De HDL-Cholestérol ?
- De LDL-Cholestérol ?
- De triglycérides ?

Vous et votre stress

Quel est votre niveau de stress entre 0 et 10 :

Mon état de stress au travail se situe : »

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

« Mon état de stress à la maison se situe : »

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

« Mon état de stress dans ma vie en général se situe : »

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Vous et votre humeur :

Entourez la réponse qui vous convient le mieux pour chacune des 2 questions :

Le mois passé, vous êtes-vous senti.e souvent déprimé.e ou désespéré.e ? »

- ☐ 0 (jamais) ;
- ☐ 1 (plusieurs jours) ;
- ☐ 2 (plus de la moitié du temps) ;
- ☐ 3 (presque tous les jours).

Le mois passé, avez-vous moins de plaisir ou d'intérêt à faire les choses qui vous intéressent habituellement ?

- ☐ 0 (jamais) ;
- ☐ 1 (plusieurs jours) ;
- ☐ 2 (plus de la moitié du temps) ;
- ☐ 3 (presque tous les jours).



Si vous êtes une femme :

Prenez vous une contraception orale ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ?

Êtes-vous ménopausée ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, à quel âge ?

Vous et quelques autres problèmes de santé

Souffrez-vous d'une maladie rénale ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ?

Connaissez-vous votre dernier chiffre de votre créatininémie (cela figure sur une prise sang) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, quelle en était la valeur ?

Souffrez-vous d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'un lupus érythémateux ?

☐ OUI ☐ NON

Avez-vous des difficultés de sommeil ?

☐ OUI ☐ NON

Faites-vous des apnées du sommeil ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous ne le savez pas, vous pouvez remplir le questionnaire page suivante.



Questionnaire STOP-BANG pour rechercher un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil (SAOS)

Ronflements : Ronflez-vous fort (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue : Vous sentez-vous souvent fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e) pendant la journée (comme par exemple s'endormir au volant) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observation : Quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer ou que vous vous étouffiez/suffoquiez pendant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tension : Êtes-vous atteint(e) d'hypertension artérielle ou êtes-vous traité(e) pour ce problème ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 35 kg/m² ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Âge supérieur à 50 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tour de cou mesuré au niveau de la pomme d'Adam : Pour les hommes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm ? Pour les femmes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sexe masculin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Cotation pour la population générale :

- Faible risque de SAOS (apnée obstructive du sommeil) : Réponse « oui » à 0-2 questions
- Risque moyen de SAOS : Réponse « oui » à 3-4 questions
- Risque élevé de SAOS : Réponse « oui » à 5-8 questions
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m²
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)

Propriété de University Health Network, pour de plus amples informations : www.stopbang.ca Adapté de 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



Nous vous remercions de répondre à ces dernières questions.

Combien de temps a été nécessaire pour remplir ce questionnaire ?

Ce questionnaire vous a-t-il paru utile ?

De 0 à 10 : 0 = pas du tout utile, 10 = extrêmement utile

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Ce questionnaire vous- a-t-il appris des choses sur votre santé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, que vous a-t-il appris ?

Quelles améliorations souhaiteriez-vous pour ce questionnaire ?

Nous vous remercions.



Cette page est destinée à vos commentaires libres