

MÉDECIN REQUÉRANT	CLIENT(E)
	Nom _____
	Tél. dom. _____
	Tél. trav. _____
	Date de naissance _____ m m / j j / a a a a

RENDEZ-VOUS

Urgent Si urgent, raison : _____

Routine

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<input type="checkbox"/> Ronflement	<input type="checkbox"/> Pause respiratoire observée	<input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Somnolence / fatigue	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Rétrognathie	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil suspectée
<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Autres troubles du sommeil suspecté
<input type="checkbox"/> Étouffement	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Diabète	

TESTS DIAGNOSTIQUES

Monitoring cardio-respiratoire à domicile, plus consultation avec le médecin spécialiste formé en sommeil et pneumologue : évaluation, diagnostic et traitement; SANS consultation, veuillez cocher

Polysomnographie complète avec EEG, plus consultation avec le médecin spécialiste formé en sommeil et pneumologue : évaluation, diagnostic et traitement; SANS consultation, veuillez cocher

Initiation à la pression positive continue et optimisation de l'adhérence au traitement

Polysomnographie standard avec titrage manuel de l'appareil à pression positive

Polysomnographie pédiatrique (> 6 ans)

Oxymétrie nocturne

Test itératif de latence d'endormissement (TILE)*, post polysomnographie : évaluation de la narcolepsie ou d'autres troubles de somnolence

Test de maintien à l'éveil (TME)* : évaluation de la narcolepsie ou d'autres troubles de somnolence

*Note : Les tests TILE et TME incluent un dépistage toxicologique

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Signature du médecin Date