

# REQUISITION

Medical Director – **Marc Baltzan**, MD, FRCPC, DABSM  
Associate Physician – **Katéri Champagne** MD FRCPC MSc DABSM

| REFERRING DOCTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CLIENT                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Name _____<br>Res. Tel. _____<br>Work Tel. _____<br>Date of birth _____ m m / d d / y y y y |
| CLINICAL DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Snoring</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Respiratory pause observed</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Restless Legs Syndrome</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Heart failure</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Sleepiness/Fatigue</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Obesity</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Retrognathia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Suspected sleep apnea</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Insomnia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Hypertension</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cardiopathy</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Other suspected sleep disorder</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Gasping</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Depression</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Diabetes</div> </div>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |
| DIAGNOSTIC TESTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Home cardio-respiratory monitoring, plus consultation with sleep medicine specialist and respirology: evaluation, diagnosis and treatment; <input type="checkbox"/> NO consultation, check if not required<br><input type="checkbox"/> Polysomnography with EEG, plus consultation with sleep medicine specialist and respirology: evaluation, diagnosis and treatment; <input type="checkbox"/> NO consultation, check if not required<br><input type="checkbox"/> Initiation to positive pressure therapy & treatment adherence optimization<br><input type="checkbox"/> Standard polysomnography with manual titration of positive pressure device<br><input type="checkbox"/> Pre-operative risk assessment for sleep apnea: home cardio-respiratory monitoring & consultation<br><input type="checkbox"/> Pediatric polysomnography (> 6 years)<br><input type="checkbox"/> Overnight oximetry<br><input type="checkbox"/> Multiple Sleep Latency Test (MSLT)*, post polysomnography: evaluation of narcolepsy or other sleepiness disorders<br><input type="checkbox"/> Maintenance of Wakefulness (MWT)*: evaluation of narcolepsy or other sleepiness disorders<br><input type="checkbox"/> Actigraphy for a duration of 2 weeks: evaluation of circadian rhythm disorders<br><p><small>*Note : MSLT and MWT include a urine toxicology screen</small></p> |                                                                                             |
| ADDITIONAL COMMENTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |
| ACCREDITED<br>FACILITY<br>MEMBER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |
| _____<br>Dr. Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____<br>Date                                                                               |

# REQUÊTE

**OSR Médecine du Sommeil**  
1361, avenue Beaumont, bureau 202  
Mont-Royal QC H3P 2W3  
Tél : **514 SOMMEIL** (766-6345)  
Sans frais : 1-888-760-6345  
Télec : 514-344-5335  
Courriel : osr@praxair.com

Directeur Médical – **Marc Baltzan**, MD, FRCPC, DABSM  
Médecin associé – **Katéri Champagne** MD FRCPC MSc DABSM

| MÉDECIN REQUÉRANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLIENT(E)                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nom _____<br>Tél. dom. _____<br>Tél. trav. _____<br>Date de naissance _____ m m / j j / a a a a |
| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Ronflement<br/> <input type="checkbox"/> Somnolence / fatigue<br/> <input type="checkbox"/> Insomnie<br/> <input type="checkbox"/> Étouffement             </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Pause respiratoire observée<br/> <input type="checkbox"/> Obésité<br/> <input type="checkbox"/> Hypertension<br/> <input type="checkbox"/> Dépression             </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos<br/> <input type="checkbox"/> Rétrognathie<br/> <input type="checkbox"/> Cardiopathie<br/> <input type="checkbox"/> Diabète             </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque<br/> <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil suspectée<br/> <input type="checkbox"/> Autres troubles du sommeil suspecté             </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
| TESTS DIAGNOSTIQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Monitoring cardio-respiratoire à domicile, plus consultation avec le médecin spécialiste formé en sommeil et pneumologue : évaluation, diagnostic et traitement; <input type="checkbox"/> SANS consultation, veuillez cocher<br><input type="checkbox"/> Polysomnographie complète avec EEG, plus consultation avec le médecin spécialiste formé en sommeil et pneumologue : évaluation, diagnostic et traitement; <input type="checkbox"/> SANS consultation, veuillez cocher<br><input type="checkbox"/> Initiation à la pression positive continue et optimisation de l'adhérence au traitement<br><input type="checkbox"/> Polysomnographie standard avec titrage manuel de l'appareil à pression positive<br><input type="checkbox"/> Évaluation des risques préopératoires pour l'apnée du sommeil: monitoring cardio-respiratoire à domicile avec consultation<br><input type="checkbox"/> Polysomnographie pédiatrique (> 6 ans)<br><input type="checkbox"/> Oxymétrie nocturne<br><input type="checkbox"/> Test itératif de latence d'endormissement (TILE)*, post polysomnographie : évaluation de la narcolepsie ou d'autres troubles de somnolence<br><input type="checkbox"/> Test de maintien à l'éveil (TME)* : évaluation de la narcolepsie ou d'autres troubles de somnolence<br><input type="checkbox"/> Actigraphie d'une durée de deux semaines : évaluation des troubles du rythme circadien<br><p>*Note : Les tests TILE et TME incluent un dépistage toxicologique</p> |                                                                                                 |
| RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |
| <h1 style="color: #ccc; opacity: 0.5;">ACCREDITED<br/>FACILITY<br/>MEMBER</h1>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
| _____<br>Signature Dr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____<br>Date                                                                                   |