



**Hôpital Montfort**

713, chemin Montréal Road  
Ottawa, Ontario K1K OT2

**Télécopieur/Fax: 613-748-4975**

Requête Laboratoire/Clinique du sommeil  
Sleep Laboratory/Sleep Clinic Requisition

<b>Nom de famille / Family Name</b>	<b>Prénom / Name</b>
<b>Adresse / Address</b>	
<b>Numéro de téléphone / Phone number</b>	
<b>Date de Naissance (JJ/MM/AA) / Date of birth (DD/MM/YY)</b>	

**Renseignement clinique / Diagnostic / Besoin spéciaux - Clinical Information / Diagnostic / Special Needs**

**SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT - BY APPOINTMENT ONLY**

- Consultation seulement - Sleep consultation only** (Évaluation clinique- Clinical evaluation)
- PSG Étude du sommeil (d'après les résultats, possibilité d'une consultation à la clinique)**  
**Overnight Sleep Study (depending on the findings, possibility of a clinic consultation)**
- CPAP Titration / Re-titration - Titration / Reassessment**
- MSLT Multiple Sleep Latency Test** (Test de jour pour vérifier le seuil de somnolence- Daytime test for readiness to sleep)
- MWT Maintenance of Wakefulness Test** (Test de jour pour vérifier la vigilance au sommeil-Test for daytime alertness/resistance to sleep)

\*\*\*\* **Envoyer la requête par télécopieur seulement, nous contacterons le patient pour lui donner son rendez-vous**  
**Aucun appel téléphonique ne sera accepté pour l'obtention d'un rendez-vous**

\*\*\*\* **Send requisition by fax only, we will contact the patient for an appointment date**  
**No phone call will be accepted for booking an appointment**

\*\*\* Les résultats d'une étude du sommeil, fait au préalable, à un autre centre hospitalier **DOIVENT** accompagner cette requête  
Previous sleep studies done at other hospital **MUST** accompany the requisition

**ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉE OU APPOSER UNE ÉTAMPE**  
**PLEASE PRINT OR STAMP**

MÉDECIN - PHYSICIAN _____	TÉL. # _____
ADRESSE - ADDRESS _____	TEL. # _____
_____	TÉLÉC # _____
_____	FAX # _____
_____	CC: DR: _____
_____	CC: DR: _____

Essentiel à compléter pour fins d'acheminement des rapports et de facturation  
It's essential to fill out this section for reports and billin purposes

Médecin - Physician (Signature)	Date (jj/mm/aa/dd/mm/yy)
---------------------------------	--------------------------