



Chart No.
 Last name
 First Name DOB S
 Address Postal Code
 Phone no.
 Home Work
 Provincial Ins. No. Version Expiration (date)

SLEEP MEDICINE PROGRAM REQUISITION

Sleep study or consult: phone: 613-761-4636 fax: 613-761-5211
 Civic Campus: 1053 Carling Ave., Ottawa, Ontario K1Y 4E9

PLEASE COMPLETE IN FULL

PRINT name of Referring Physician

 Tel. no. _____ Fax no. _____
 Signature of Referring Physician

 Who else should be sent a copy?

Physician Office Stamp

The following information is required for all sleep study requests

- Has the patient previously had a sleep study? (Ontario only covers 1 initial test; if so, a pre-study consult is required).
 If so, WHEN AND WHERE: _____
- Is the patient's weight greater than 400 lbs/180 kg yes no

Appointment: Date: Time:

Please indicate level of request:

- Routine Protocol (to include sleep study, and if indicated by results MWT, MSLT or any therapeutic study) and/or a consultation
- Sleep Specialist consultation **ONLY** (no sleep study)-name of preferred sleep specialist, if any

- MSLT (Multiple Sleep Latency Test) MWT (Maintenance of Wakefulness Test)

Reason for referral (clinical history)

- Snoring (rule out sleep apnea) Insomnia CPAP or other specify: _____
- Daytime sleepiness/tiredness Restless legs (periodic leg movements) Nocturnal Behaviour (sleep walking, sleep talking)
- Additional information:

Please list medications patient is currently on:

Please indicate if there are any special needs (eg.: ambulating, transferring, attendant care, interpreter)

FOR SLEEP CENTRE USE ONLY: (triage and special requests)

When checking off multiple requests, please indicate in numerical order the sequence of tests/clinic

- Routine Urgent PSG CPAP Other-Specify (Split, Bilevel, ASV etc...) _____
- MSLT MWT Clinic Only RTC (Return to clinic)

Special Instructions/Comments (TCCO₂, Supine vs Sides, etc.) | Note to interpreter



The Ottawa Hospital
d'Ottawa

**DEMANDE DE CONSULTATION
EN MÉDECINE DU SOMMEIL**

Étude du sommeil ou consultation :
 téléphone : 613-761-4636 télécopieur : 613-761-5211
 Campus Civic 1053 ave. Carling, Ottawa, Ontario K1Y 4E9

N° de dossier

Nom

Prénom

Adresse

N° téléphone

Domicile

N° d'assurance provinciale

Travail

Version

Date d'expiration

DDN

S

Code Postal

Estampe du bureau du médecin

INSCRIRE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

Nom du médecin traitant (en lettres mouluées)

N° de tél.

N° de télécopieur

Envoyer une copie à :

Signature du médecin traitant

L'information suivante est requise pour toutes les études de sommeil

1 Le patient a-t-il déjà passé une étude du sommeil? (L'Ontario couvre 1 examen initial seulement; si oui, une demande de consultation préalable sera requise) Si oui, QUAND ET OÙ :

2 Est-ce que le patient pèse plus de 400 lbs/180 kg oui non

Rendez-vous : Date : _____ **Heure :** _____

Préciser le type de demande :

Protocole de routine (inclut une étude du sommeil, et selon les résultats un TLMÉ, TME ou une étude thérapeutique et/ou une consultation
 Consultation avec spécialiste **SEULEMENT** (aucune étude de sommeil) – Nommez le spécialiste, si connu

Tests des latences multiples d'endormissement (TLMÉ) Test de maintien de l'éveil (TME)

Raison de la demande (antécédents cliniques)

Rontement (s'assurer qu'il ne s'agit pas d'apnée) Sommeil ou fatigue le jour Insomnie
 CPAP ou autre, préciser : _____ Syndrome des jambes sans repos (mouvements périodiques)
 Comportement nocturne (somanbulisme ou parle dans son sommeil) Renseignements supplémentaires :

Liste des médicaments que le patient prend présentement :

Indiquez s'il y a des besoins spéciaux (p. ex. aide pour marcher ou pour les transferts, soins auxiliaires, services d'un interprète)

À L'USAGE DE LA MÉDECINE DU SOMMEIL SEULEMENT : (triage et demandes spéciales)

When checking off multiple requests, please indicate in numerical order the sequence of tests/clinic
 Routine Urgent PSG CPAP Other-Specity (Split, Bilevel, ASV etc...)
 MSLT MWT Clinic Only RTC (Return to clinic)
 Special Instructions/Comments (TCCO₂, Supine vs Sides, etc.) Note to interpreter