

Requête pour les évaluations du sommeil

Sleep disorders testing order form



106 - 195 rue de l'Atmosphère
Gatineau (Québec) J9A0A3

Téléphone : 819 770-1110

Sans Frais : 1 855 749-2082

Télécopie : 1 855 821-7900

Information du patient / Patient information

Nom/ Name	[]		Adresse/ Address	[]		Ville/ City	[]
Province	[]	Code postal/ Postal Code	[]	Téléphone maison/ Home Phone	[]	Autre téléphone/ Alt. Phone	[]
Courriel/Email	[]			RAMQ	[]		Lingue/Language : <input type="checkbox"/> Français/French <input type="checkbox"/> Anglais/English
DDN/DOB	[]		Sexe/Gender	[] Homme/ Male [] Femme/ Female		Grandeur / Height (m)	[]
Jour/ Day	[]	Mois/ Month	[]	Année/ Year	[]	Poids/ Weight (kg)	[]
						IMC/ BMI	[]
						Circ. Cou/ Neck Circ. (cm)	[]
						Tour de taille/ Waist Size (cm)	[]

Examen et historique du sommeil / Sleep physical & history

<input type="checkbox"/> Fatigue excessive matinale/ Excessive morning fatigue	<input type="checkbox"/> Douleur musculaire à l'éveil/ Muscle pain in morning	<input type="checkbox"/> Éveils fréquents/Frequent awakening	<input type="checkbox"/> Crampes M.I. nocturnes/ Night leg cramps
<input type="checkbox"/> Fatigue diurne/Daytime fatigue	<input type="checkbox"/> Sommeil agité/Restless sleep	<input type="checkbox"/> Apnée nocturne/Witnessed apnea	<input type="checkbox"/> Jambes sans repos/Restless legs
<input type="checkbox"/> Bouche sèche le matin/ Morning dry mouth	<input type="checkbox"/> Irritabilité/Irritability	<input type="checkbox"/> Insomnie/Insomnia	<input type="checkbox"/> Étouffement nuit/Nighttime gasping
<input type="checkbox"/> Ronflements/Snoring	<input type="checkbox"/> Céphalées matinales/ Morning headaches	<input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes/Night sweats	<input type="checkbox"/> Nycturie/Nocturia
<input type="checkbox"/> Manque de concentration/ Lack of concentration	<input type="checkbox"/> Déprime/Depression	<input type="checkbox"/> Trous de mémoire/Memory loss	<input type="checkbox"/> Cauchemars/Nightmares
<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires chroniques/ Chronic pulmonary diseases	<input type="checkbox"/> Maladies neuromusculaires/ Neuromuscular diseases	<input type="checkbox"/> Maladies cardiaques/ Cardiac diseases	Autre/Other: []

Limitations physiques qui restreignent l'installation d'équipements polygraphiques à la maison?
Physical limitations that inhibit the application of home sleep testing equipment? Oui / Yes Non / No

Profession exigeant l'opération d'un véhicule (poids lourd/transport):
Profession requiring vehicle operation (heavy loads/transportation): Oui / Yes Non / No

Présentement traité avec oxygénothérapie à la maison?
Presently on oxygen therapy at home? Oui / Yes Non / No

EPWORTH [] /24

Complétez le questionnaire au verso
Fill questionnaire at the back

Médicaments (pour une liste plus exhaustive inclure séparément) / Medications (for longer list please include separately)

Nom des médicaments / Name of drug	Dosage et fréquence / Strength and frequency	Nom des médicaments / Name of drug	Dosage et fréquence / Strength and frequency
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

Type d'examen / Study type

1. Étude cardiorespiratoire à domicile pour l'Apnée Obstructive du Sommeil (AOS) * / Cardiorespiratory study for OSA (at home sleep study)*

A. Je continue de prendre en charge le patient / I will continue to manage the patient B. Avec prise en charge par spécialiste en sommeil / With management by sleep specialist

*Cet examen n'est pas recommandé pour les patients souffrant de maladie pulmonaire modérée à sévère, une maladie neuromusculaire, ou d'insuffisance cardiaque congestive.
* This test is not recommended for patient suffering from moderate to severe pulmonary disease, neuromuscular disease, or congestive heart failure.

2. Étude diagnostique avec polysomnographie (supervisée en laboratoire) / Diagnostic polysomnography study (attended in-lab)

A. Je continue de prendre en charge le patient / I will continue to manage the patient B. Avec prise en charge par spécialiste en sommeil / With management by sleep specialist

3. Étude thérapeutique avec polysomnographie / Therapeutic polysomnography study

A. PPC / CPAP B. Bi-niveau / BiPAP C. Orthèse dentaire / Dental appliance D. Autre / Other []

4. Consultation avec spécialiste en sommeil / Consultation with sleep specialist

L'examen approprié sera recommandé par le spécialiste du sommeil lorsque cette option est cochée. Le spécialiste du sommeil prendra en charge le traitement adéquat et assurera le suivi du patient. Le patient pourrait être référé à un autre spécialiste médical. Cette option peut être utilisée pour une consultation post thérapeutique après prise en charge par le médecin traitant.
Any required testing will be ordered by the sleep specialist when this is checked. As indicated by the test results, the sleep specialist will make the appropriate recommendations, initiate treatment and follow-up. Patient may be referred to other medical specialist. This option can also be used for post therapeutic consultation with patient management by treating physician.

5. TILE (Test itératif de latence à l'endormissement) ou TME (Test de maintien de l'éveil) / MSLT (Multiple Sleep Latency Test) or MWT (Maintenance of Wakefulness Test)

Médecin référant / Ordering physician

Nom de la clinique/ Site Name	[]	Nom du médecin/ Physician Name	[]
Adresse/Address	[]	Ville/City	[]
		Code postal/Postal Code	[]
		Province	[]
RAMQ NIP / PIN	[] [] [] [] [] []	Téléphone/ Phone	[] [] [] [] [] []
		Télécopie/ Fax	[] [] [] [] [] []
Signature:	[]		Date : [] [] [] [] [] []

