

DEMANDE D'ÉVALUATION DU SOMMEIL OU DE CONSULTATION

Veillez remplir et poster au
1145, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1Z 7K4, ou télécopier au 613.798.2980.

Nous télécopierons l'heure et la date du rendez-vous. Il revient au médecin faisant l'aiguillage d'aviser son patient.
Pour toute information sur la clinique du sommeil : 613-722-6521, poste 6226, ou www.theroyal.ca/sleep

Médecin demandant un aiguillage

Nom	Adresse	Tél.	Télec.
-----	---------	------	--------

Patient

Languages English only French only Both

Nom	Prénoms	Naissance (JJ/MM/AAAA)	État civil	Sexe M F
Adresse		Code postal	Tél. rés.	
Employeur			Tél. bur.	
No carte Santé		Code de version	Date exp.	
Médecin de famille <input type="checkbox"/> même que ci-dessus	Adresse		Tél.	

Raisons de l'aiguillage (cochez toutes celles qui s'appliquent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ronflement/apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> somnolence diurne/fatigue |
| <input type="checkbox"/> insomnie/difficulté à dormir | <input type="checkbox"/> jambes sans repos/mouvements périodiques des jambes |
| <input type="checkbox"/> comportements nocturnes (ex. : est somnambule, parle dans son sommeil, est désorienté au réveil) | |

Services demandés (cochez tous ceux qui s'appliquent)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> étude du sommeil de nuit | <input type="checkbox"/> étude du sommeil de nuit avec masque (CPAP/BIPAP) |
| <input type="checkbox"/> test des latences multiples d'endormissement (mesure de la somnolence diurne) | |
| <input type="checkbox"/> test de maintien de l'état d'éveil (mesure de la capacité de rester éveillé) | <input type="checkbox"/> consultation avec un spécialiste du sommeil |

Renseignements cliniques

Symptômes, diagnostics ou médication? _____ _____
Étude du sommeil antérieure? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, veuillez joindre un document pertinent)
Besoins particuliers? (fauteuil roulant, etc.) _____

Signature du médecin _____ Date _____