

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE CONSULTATION EN INHALOTHERAPIE APNEE DU SOMMEIL

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Veuillez noter que les feuilles incomplètes vous seront retournées sans inscription sur la liste d'attente.

AFIN DE NOUS AIDER À PRIORISER VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ INDIQUER LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS. (OBLIGATOIRE)

VEUILLEZ VALIDER L'INTÉRÊT DE L'USAGER FACE AU TEST ET AU TRAITEMENT AVANT DE FAIRE LA DEMANDE

☐ **Polygraphie cardio respiratoire du sommeil à domicile**

☐ Test et consultation avec pneumologue selon résultat du test

dans le cas d'un test normal ou léger et un questionnaire de symptômes non suggestif, le résultat du test sera transmis au requérant sans consultation

☐ **Prise en charge Évaluation d'un patient déjà diagnostiqué et sous traitement**

*joindre le rapport de polygraphie antérieur

Autres informations pertinentes :

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE DE EPWORTH

0 Jamais de somnolence

2 Risque modéré de somnolence

1 Faible risque de somnolence

3 Risque élevé de somnolence

Situation :

- _____ Lecture en position assise
- _____ Écoute d'une émission de télévision
- _____ Position assise, inactif dans un espace public (Ex : théâtre, réception ou réunion)
- _____ Passager dans une voiture, pour une promenade d'une heure sans interruption
- _____ Position étendue/allongée en après-midi, pour une courte période de repos quand les circonstances le permettent
- _____ Position assise, en conversation avec quelqu'un
- _____ Position assise, tranquillement après un repas sans consommation d'alcool
- _____ Conducteur d'une voiture, si arrêté pendant quelques minutes dans la circulation
- _____ Total

Pour acheminer la requête :

Hôpital du Suroît et hôpital Barrie Memorial

Télécopier le formulaire au 450-371-9035

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)