

## DEMANDE D'ÉTUDE DU SOMMEIL | CONSULTATION

Remarque : Les demandes incomplètes seront retournées à l'expéditeur.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN QUI SOUMET LA DEMANDE

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ REMPLIR COMPLÈTEMENT

Langue(s) du patient :  Anglais  Français  Les deux

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe  M  F  
MM/JJ/AA

Nom préféré : \_\_\_\_\_ Pronom préféré : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Téléphone (mobile) : \_\_\_\_\_

Numéro RAMO : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
*(non-OHIP patients require prior approval and pre-payment. Contact the sleep clinic)*

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**REMARQUE : Tous les patients auront un rendez-vous de consultation initiale avant d'effectuer une étude du sommeil.**

### VEUILLEZ INDIQUER LA/LES RAISON(S) DE LA CONSULTATION

- Ronflement/apnée du sommeil  Comportements nocturnes (*p. ex. : somnambulisme*)  Réévaluation de l'appareil CPAP  
 Somnolence/fatigue pendant le jour  Insomnie  Syndrome des jambes sans repos/mouvements périodiques des membres

Veillez décrire le(s) problème(s) de sommeil :

**MÉDICAMENTS : Veuillez fournir une liste complète des médicaments actuels du patient.**

### ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

Le patient a-t-il des antécédents de problèmes de santé mentale?  Non  Oui

Veillez décrire les antécédents de problèmes de santé mentale et tout autre diagnostic clinique pertinent.

### Veillez indiquer tout besoin particulier :

Risque de chute (*y compris la cataplexie*)?  Non  Oui *Si oui, veuillez décrire :* \_\_\_\_\_

Ce patient a-t-il déjà effectué une étude du sommeil?  Non  Oui *Si oui, veuillez joindre les informations, sauf si cette étude du sommeil a été réalisée au Royal.*

Quand? \_\_\_\_\_ Où? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de facturation (pas le numéro OMCO)

\_\_\_\_\_  
Date

**NOUS CONTACTERONS LE PATIENT POUR FIXER LE RENDEZ-VOUS.**