

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.