



Clinique du sommeil de Rouyn-Noranda inc.

REQUÊTE POUR POLYGRAPHIE CARDIORESPIRATOIRE

84, avenue du Lac, Rouyn Noranda (Québec) J9X 4N4

T 819 762-7676

SF 1 877 272-0279

F 819 762-7710

w medical@confortair.onmicrosoft.com

Nom: _____ DDN: _____

de téléphone: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diabète Cardiaque AVC HTA

Trouble Neuro. _____

Autres _____

TEST DEMANDÉ

Polygraphie cardiorespiratoire ambulatoire seulement

Polygraphie et autotitration selon protocole (*Voir critères plus bas, suite à la réception du rapport de polygraphie)

Autotitration seulement

Évaluation d'un client ayant déjà un appareil : _____

SYMPTÔME(S) PATIENT

<input type="checkbox"/> Apnées suspectées	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes
<input type="checkbox"/> Céphalées matinales	<input type="checkbox"/> Éveils nocturnes fréquents	<input type="checkbox"/> Problème de concentration	<input type="checkbox"/> Crampes aux jambes la nuit
<input type="checkbox"/> Ronflements	<input type="checkbox"/> Polynycturie	<input type="checkbox"/> Étouffement la nuit	<input type="checkbox"/> Fatigue excessive le matin
<input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs	<input type="checkbox"/> Somnolence diurne	<input type="checkbox"/> Palpitations nocturnes	<input type="checkbox"/> Irritabilité

TEST D'EPWORTH

Risque d'assoupissement : 0 : aucun 1 : léger 2 : Modéré 3 : Grand

<input type="checkbox"/> Assis en lisant	<input type="checkbox"/> Assis inactif dans un endroit public	<input type="checkbox"/> Au volant après quelques minutes d'arrêt
<input type="checkbox"/> Assis en regardant la télé	<input type="checkbox"/> Assis calmement après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/> Allongé en après-midi si les circonstances le permettent
<input type="checkbox"/> Assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> Passager en voiture pendant une heure sans faire d'arrêt	

TOTAL : _____

CONSULTATION

Consultation en pneumologie pour problèmes reliés aux troubles du sommeil : OUI NON

REMARQUES : _____

URGENT SEMI-URGENT

Nom du médecin _____

N° de permis _____

Tél. clinique _____

Fax clinique _____

Date _____

Signature _____

*Pour les patients avec IAH** plus de 30/hres (critères AASM***) / ou plus de 15/hres en présence de somnolence (Epworth > 10) ou 2 autres symptômes
 IAH : Index d'apnée hyponée / *AASM : American Academy of sleep Medicine