



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