



**Demande de services – CLINIQUE des troubles du sommeil du CHEO**

**Télécopieur : 613-738-4298**

Les cliniques des troubles du sommeil et de la ventilation à domicile et de respirologie du CHEO se concentrent sur l'évaluation des troubles respiratoires liés au sommeil. **À l'heure actuelle, nous n'évaluons pas les enfants en bonne santé qui présentent des troubles du comportement liés au sommeil.**

**Ce formulaire de demande de services concerne uniquement la CLINIQUE des troubles du sommeil, à des fins de consultation médicale.**

**Pour faire une demande de services pour une ÉTUDE du sommeil, veuillez consulter le site Web ou le formulaire de demande de services du LABORATOIRE des troubles du sommeil.**

**Pour demander les deux, veuillez remplir les deux formulaires.**

Date de la demande de services : \_\_\_\_\_

Ou timbre des données démographiques :

Nom de famille de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_

Prénom de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_

N° d'assurance-santé de l'Ontario : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Langue : Anglais/français/autre \_\_\_\_\_

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

Interprète nécessaire

Parent 1 : \_\_\_\_\_

Parent 2 : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne ou infirmier praticien demandeur : \_\_\_\_\_

Nom du

médecin ou de l'infirmière praticienne ou infirmier praticien principal : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Numéro de facturation : \_\_\_\_\_

Motif de la demande de services :

Apnée obstructive du sommeil

Apnée centrale du sommeil

Hypoventilation

Narcolepsie

**Antécédents cliniques (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :**

**Symptômes nocturnes :**

Ronflement ou respiration bruyante :  Moins de 3 nuits par semaine  Plus de 3 nuits par semaine

Apnées observées :  Moins de 10 s  Plus de 10 s

Halètements :  Moins de 3 nuits par semaine  Plus de 3 nuits par semaine

Respiration difficile

Respiration buccale

Énurésie secondaire



**Symptômes diurnes :**

- Maux de tête matinaux       Somnolence excessive       Irritabilité  
 Manque de concentration  
 Résultats scolaires médiocres ou en baisse       Cataplexie       Accès de sommeil

**Antécédents médicaux pertinents :**

- Obésité : %ile d'IMC : \_\_\_\_\_       Asthme       Épilepsie       Anomalie cardiaque congénitale  
 Diabète, stéatose hépatique non alcoolique ou hypertension       TDAH       Anxiété ou dépression  
 Retard de développement  
 Trouble du spectre de l'autisme : niveau \_\_\_\_\_      Trouble ou syndrome génétique : précisez : \_\_\_\_\_

- La patiente ou le patient bénéficierait d'une consultation ou d'une orientation d'étude du sommeil par l'intermédiaire du Programme des services en matière d'autisme

Oui     Non nécessaire

Autre : \_\_\_\_\_

**Résultats de l'examen physique :**

Taille des amygdales : \_\_\_\_\_ OU (Adéno)amygdalectomie : année \_\_\_\_\_

**Liste des médicaments actifs :**

\_\_\_\_\_  
 Les symptômes persistent malgré un essai de 3 mois de stéroïdes nasaux quotidiens réguliers ou de montélukast

**Renseignements supplémentaires susceptibles de faciliter le triage, la prise de rendez-vous ou l'évaluation :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si la patiente ou le patient a déjà subi une étude du sommeil AILLEURS qu'au CHEO, veuillez en joindre le rapport.**