



## 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.**