



Demande de services – ÉTUDE du sommeil et LABORATOIRE 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 les ÉTUDES du sommeil, à des fins de consultation médicale.

Pour faire une demande de services à la CLINIQUE des troubles du sommeil, veuillez consulter le site Web et le formulaire de demande de services de cette dernière.

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



- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apnées observées : | <input type="checkbox"/> Moins de 10 s | <input type="checkbox"/> Plus de 10 s |
| <input type="checkbox"/> Halètements : | <input type="checkbox"/> Moins de 3 nuits par semaine | <input type="checkbox"/> Plus de 3 nuits par semaine |
| <input type="checkbox"/> Respiration difficile | | |
| <input type="checkbox"/> Respiration buccale | | |
| <input type="checkbox"/> Énurésie secondaire | | |

Symptômes diurnes :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête matinaux | <input type="checkbox"/> Somnolence excessive | <input type="checkbox"/> Irritabilité |
| <input type="checkbox"/> Manque de concentration | | |
| <input type="checkbox"/> Résultats scolaires médiocres ou en baisse | <input type="checkbox"/> Cataplexie | <input type="checkbox"/> Accès de sommeil |

Antécédents médicaux pertinents :

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obésité : %ile d'IMC : _____ | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Anomalie cardiaque congénitale |
| <input type="checkbox"/> Diabète, stéatose hépatique non alcoolique ou hypertension | <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Anxiété ou dépressio | |
| <input type="checkbox"/> Retard de développement | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme : niveau _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 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.