

Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : _____
Adresse : _____	N° d'assuré(e) : 807 _____	
	Assurance : _____	
Téléphone privé : _____	N° AVS : 756. _____	
Téléphone portable : _____	E-mail : _____	

- Évaluation spécialisée avec un somnologue (consultation spécialisée, programmation d'un examen polysomnographique et/ou de tests de la somnolence diurne, proposition thérapeutique)**
- Examen polysomnographique (1 nuit) en raison d'une**
- Suspicion forte d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil
Type : Examen standard
 Examen avec capnographie
 - Suspicion de mouvements périodiques des membres au cours du sommeil
- Évaluation de la somnolence diurne (consultation avec un spécialiste recommandée au préalable).**
- Suspicion d'une hypersomnie-narcolepsie
(1 nuit polysomnographique avec test de la latence multiple d'endormissement « TLME » durant la journée)
 - Évaluation de la somnolence diurne résiduelle
Type : 1 nuit polysomnographique + test de maintien de l'éveil (TME)
 Test de maintien de l'éveil (TME) seul
- Autre examen, autre demande :** _____
- Suivi en thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (évaluation initiale effectuée par un somnologue, psychothérapie déléguée effectuée par un psychologue du centre CENAS)**

Informations cliniques

Problématique du sommeil : _____	Poids : _____
Diagnostics cliniques : _____	Taille : _____
Antécédents majeurs : _____	
Traitements antérieurs : _____	
Traitements actuels : _____	

Médecin adressant

Nom : _____

Timbre :

Date : _____