

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

- Examen polygraphique pour une personne de 6 à 12 ans (1 nuit) en raison d'une  
 Suspicion d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil dans le cadre d'un bilan préopératoire

**Informations cliniques**

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

**Médecin adressant**

Nom : \_\_\_\_\_ Timbre : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_