

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 si indiquée, 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

Examen polygraphique adulte (1 nuit ambulatoire) en raison d'une

Suspicion d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil dans le cadre d'un bilan préopératoire.

Évaluation de la somnolence diurne (consultation avec un somnologue 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)

Autre examen, autre demande : _____

Suivi en thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie effectué par un psychologue du centre Cenas.

Suivi en hypnose médicale et apprentissage de l'auto-hypnose.

Informations cliniques

Problématique du sommeil : _____ Poids : _____

Diagnostics cliniques : _____ Taille : _____

Antécédents majeurs : _____

Traitements antérieurs : _____

Traitements actuels : _____

Médecin adressant

Nom : _____

Timbre : _____

Date : _____