

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 itératif de latence d'endormissement (TILE) 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.**

Informations cliniques

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

Médecin adressant

Nom : _____

Timbre :

Date : _____