

Centre de médecine du sommeil **Gruyère Centre** Rue du Château-d'En-Bas 2B 1630 Bulle

DEMANDE ÉVALUATION SUIVI EXAMEN CENAS

Nom :	Prénom :	Dat	te de naissance :
Adresse:	N	l° d'assuré(e) : 807 _	
	A	ssurance :	
Téléphone privé :	N	l° AVS : 756	
Téléphone portable :		E-mail :	
	•	•	lisée si indiquée, programmation diurne, propositio thérapeutique)
☐ Examen polysomnographiq	jue (1 nuit) en raison	ı d'une	
☐ Suspicion forte d'un synd	drome d'apnées-hyp	opnées du somn	neil
Type: ☐ Examen stand☐ Examen avec			
☐ Suspicion de mouvement	ts périodiques des r	membres au cour	rs du sommeil
□ Examen polygraphique adu	ılte (1 nuit ambulato	oire) en raison d'u	ne
☐ Suspicion d'un syndrome (d'apnées-hypopnée	es du sommeil dai	ns le cadre d'un bilan préopératoir
☐ Évaluation de la somnolence	e diurne (consultatio	n avec un somno	logue recommandée au préalable
☐ Suspicion d'une hypersor d'endormissement (TILE) duran	·	nuit polysomnogra	aphique avec test itératif de latence
☐ Évaluation de la somnole	ence diurne résiduel	le	
Type: □ 1 nuit polysom	nographique + test c	de maintien de l'é	eveil (TME)
☐ Autre examen, autre deman	nde :		
☐ Suivi en thérapie cognitivo-cor	mportementale de l'i	nsomnie effectué	par un psychologue du centre Cena
Informations cliniques			
Problématique du sommeil :			Poids:
Diagnostics cliniques :			Taille :
Antécédents majeurs :			
Traitements antérieurs :			
Traitements actuels :			
Médecin adressant			
Nom :		Tiralana	
NOITI		Timbre :	