

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 : _____