

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° d'assuré(e) : 807 \_\_\_\_\_ Assurance : \_\_\_\_\_ N° AVS : 756. \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ 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.**

**Indications :**  Insomnie (TCC-I) (7 séances)  Troubles du rythme circadien (4-5 séances)

Préparation bilan PSG  Régularisation du rythme du sommeil  Hygiène du sommeil

**Informations cliniques**

Traitements antérieurs : \_\_\_\_\_

Problématique du sommeil : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostics cliniques : \_\_\_\_\_

Traitements actuels : \_\_\_\_\_

Antécédents majeurs : \_\_\_\_\_

Poids/Taille : \_\_\_\_\_

Degré d'autonomie (troubles cognitifs, etc) : \_\_\_\_\_

**Médecin adressant :** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Timbre : \_\_\_\_\_