

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 : _____