

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

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

Téléphone : _____ 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.

☐ **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

Problématique du sommeil : _____

Antécédents médicaux : _____

Traitements actuels : _____

Traitements antérieurs : _____

Autonomie limitée (troubles moteurs, cognitifs, autres) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser : _____

Poids/Taille : _____ BMI : _____

Médecin adressant : _____ Timbre :

Date : _____