cenas
Médecine du sommeil

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

DEMANDE ÉVALUATION SUIVI EXAMEN CENAS

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 :

Contact : Tél. +41 26 555 02 10 / bulle@cenas.ch