



461, Robinson Sud, Granby (Québec) J2G 7N3
 T 1 450 378-4474 · F 1 450 378-8001 · W 1 800 358-4474
 www.oxygenegraby.com

REQUÊTE POUR POLYGRAPHIE CARDIORESPIRATOIRE

Nom:

DDN:

de téléphone:

Test demandé

- Polygraphie cardiorespiratoire ambulatoire seulement
- Polygraphie et autotitration selon protocole (*Voir critères plus bas, suite à la réception du rapport de polygraphie)
- Autotitration seulement
- Évaluation d'un client ayant déjà un appareil: _____

Symptôme(s)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apnées suspectées | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Pertes de mémoire | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes |
| <input type="checkbox"/> Céphalées matinales | <input type="checkbox"/> Éveils nocturnes fréquents | <input type="checkbox"/> Problème de concentration | <input type="checkbox"/> Crampes aux jambes la nuit |
| <input type="checkbox"/> Ronflements | <input type="checkbox"/> Polynycturie | <input type="checkbox"/> Étouffement la nuit | <input type="checkbox"/> Fatigue excessive le matin |
| <input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs | <input type="checkbox"/> Somnolence diurne | <input type="checkbox"/> Palpitations nocturnes | <input type="checkbox"/> Irritabilité |

Test d'Epworth

Risque d'assoupissement 0 : aucun 1 : léger 2 : modéré 3 : grand

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assis en lisant | <input type="checkbox"/> Assis en parlant avec quelqu'un | <input type="checkbox"/> Assis calmement après un repas sans alcool | <input type="checkbox"/> Au volant après quelques minutes d'arrêt |
| <input type="checkbox"/> Assis en regardant la télé | <input type="checkbox"/> Assis inactif dans un endroit public | <input type="checkbox"/> Passager en voiture pendant une heure sans faire d'arrêt | <input type="checkbox"/> Allongé en après-midi si les circonstances le permettent |

TOTAL : _____

Consultation en pneumologie (pour problèmes reliés aux troubles du sommeil)

- OUI NON

Remarques:

- Urgent Semi-urgent

Nom du médecin :

de permis

Date :

Fax de la clinique :

Signature :

*Pour les patients avec IAH** plus de 30 (critères AASM***) / ou plus de 15 en présence de somnolence / (Epworth > 10) ou 2 autres symptômes

IAH : Index d'apnée hyponée / *AASM : American Academy of sleep Medicine