

Sleep Disorder Referral Form • Réquisition pour les désordres du sommeil

PATIENT INFORMATION • INFORMATION DU PATIENT

NAME / NOM

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE

PHONE / TÉLÉ

HEALTH CARD # / # D'ASSURANCE MALADIE

DIAGNOSTIC • ÉVALUATION

- Level 3 sleep study with interpretation followed by APAP therapy and/or sleep medicine consultation as indicated
Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation suivi de thérapie APAP et/ou une consultation du sommeil si indiquée
- Level 3 sleep study with interpretation
Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation
- Re-assess PAP therapy and settings
Réévaluation de la thérapie à pression positive (PPC)

SYMPTOMS • SYMPTÔMES

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Snoring/Ronflement | <input type="checkbox"/> Witnessed Apnea/Apnée notée | <input type="checkbox"/> Other/Autres |
| <input type="checkbox"/> Insomnia/Insomnie | <input type="checkbox"/> Daytime Fatigue/Fatigue diurne | _____ |
| <input type="checkbox"/> RLS/SJSR | <input type="checkbox"/> Daytime Sleepiness/Somnolence | _____ |

ADDITIONAL INFORMATION OR REQUEST • INFORMATION OU DEMANDE ADDITIONNELLE

PHYSICIAN INFORMATION • INFORMATION DU MÉDECIN

PHYSICIAN NAME / NOM

OFFICE ADDRESS / ADRESSE

BILLING # [OPTIONAL] / PERMIS [FACULTATIF]

TELEPHONE / TÉLÉPHONE

CITY / VILLE

POSTAL CODE / CODE POSTAL

FAX / TÉLÉCOPIEUR

EMAIL / COURRIEL

DATE

SIGNATURE

Please fax this form to 506-382-5162 • S.V.P. télécopier ce document au 506-382-5162