

Phone: 506-383-5101 • Fax: 506-382-5162 • infomoncton@medsleep.com • www.medsleep.com

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 indiqué

- Sleep medicine consultation
Level 1 PSG Sleep Examination is available, if prescribed following the consultation
Consultation du sommeil
Étude PSG de niveau 1 est disponible, si prescrit suite à la consultation

- Level 3 sleep study with interpretation
Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation

REASON FOR CONSULT - SYMPTOMS • RAISON POUR CONSULTATION - 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

LOCATION • OFFICE

- 1273 Main Street, Suite 175, Moncton, NB E1C 0P4 11 Hamilton Street, Shediac, NB E4P 1W1

Signature _____

Date _____