

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

PHYSICIAN NAME OR OFFICE STAMP • NOM DU MÉDECIN OU SÉCURITÉ DU BUREAU

PHYSICIAN NAME / NOM

BILLING # [OPTIONAL] / PERMIS [FACULTATIF]

TELEPHONE / TÉLÉPHONE

FAX / TÉLÉCOPIEUR

OFFICE ADDRESS / ADRESSE

CITY / VILLE

POSTAL CODE / CODE POSTALE

EMAIL / COURRIEL

DATE

SIGNATURE